



Fábia Filipa Martins Costelha de Sousa Couto **A Experiência Subjetiva da vida diária de pessoas com diagnóstico de Esquizofrenia e sua relação com Bem-estar psicológico e Satisfação com a vida.**

UMinho | 2012



**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Fábia Filipa Martins Costelha de Sousa Couto

**A Experiência Subjetiva da vida diária de pessoas com diagnóstico de Esquizofrenia e sua relação com Bem-estar psicológico e Satisfação com a vida.**

Junho de 2012



**Universidade do Minho**

Escola de Psicologia

Fábia Filipa Martins Costelha de Sousa Couto

**A Experiência Subjetiva da vida diária de  
pessoas com diagnóstico de Esquizofrenia e  
sua relação com Bem-estar psicológico e  
Satisfação com a vida.**

Dissertação de Mestrado  
Mestrado Integrado em Psicologia  
Área de Especialização em Psicologia Clínica

Trabalho realizado sob a orientação da  
**Professora Doutora Teresa Margarida Moreira  
Freire Barbas de Albuquerque**

Junho de 2012

## **DECLARAÇÃO**

**Nome:** Fábila Filipa Martins Costelha de Sousa Couto

**Endereço eletrónico:** fabiacouto24@hotmail.com

**Telefone:** 912462822

**Nº cartão de cidadão:** 13395077

**Título da tese de Mestrado:**

A Experiência Subjetiva da vida diária de pessoas com diagnóstico de Esquizofrenia e sua relação com Bem-estar psicológico e Satisfação com a vida.

**Orientador(es):** Professora Doutora Teresa Margarida Moreira Freire Barbas de Albuquerque

**Ano de conclusão:** 2012

**Designação do mestrado:** Mestrado Integrado em Psicologia Clínica

**É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE/TRABALHO, APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO. MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.**

**Universidade do Minho, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012**

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho à minha “grande” avó, Palmira, pessoa que mais admiro neste Mundo e que simboliza a calma e a sabedoria que tanto necessitei ao longo deste percurso, à minha “pequena” Matilde, sobrinha adorada, o sol da minha vida, símbolo de vida, força, dinamismo, felicidade a quem também agradeço muito, por me arrancar um sorriso todos os dias e me fazer lembrar que a adversidade vence-se com um sorriso nos lábios, acreditar que “sou capaz” e ajudar me a renascer com a sua existência todos os dias “positivamente” melhor. Por último, ao meu padrinho que é um exemplo de luta e garra perante a dureza que está a passar.

Agradeço em especial à minha orientadora, Prof. Doutora Teresa Freire, pelas palavras de conforto, pela ajuda prestada e conhecimento demonstrado. Obrigada pela compreensão, tempo despendido comigo e por me ensinar a ver com outros olhos “os problemas”.

À Dr.<sup>a</sup> Catarina Iglésias pela partilha de discussões ao longo deste estudo

A vocês, pai e mãe, por toda a compreensão, por todo o carinho e energia e força transmitida, e por desempenharem SEMPRE o verdadeiro papel de Pais, em toda a plenitude da palavra. Obrigado por sempre acreditarem em mim.

Ao meu irmão, pelo suporte técnico, disponibilidade e pela calma transmitida quando o meu computador entrava em colapso.

Aos familiares em geral, por sempre terem uma palavra de incentivo a dar e pelo orgulho demonstrado.

A ti, Susana, minha “irmã” do coração, agradeço por sempre me fazeres lembrar quem sou, pela tua admiração transmitida, pela energia positiva com que sempre me foste atingindo e por me apoiares nos momentos mais difíceis da minha existência.

A ti, David, por seres mais que um companheiro, um amigo que cuida e zela pelo meu bem-estar. Deixaste logo à primeira vista, o teu próprio cunho pessoal, de alguém que se preocupa, apoia, ajuda, assim como deixaste, o sentimento de segurança e confiança em mim própria, nas minhas capacidades e no meu trabalho. Obrigada pela compreensão desmedida e conforto.

À “Minha” Margarida e à “Minha” Helena (amigas para a vida), muito obrigada pela vossa existência na minha vida, muito obrigada pela partilha de experiências inolvidáveis, de risos frutíferos, de tristezas e desabafos sentidos, palavras de carinho e apoio, sinceridade, confiança, interajuda e companheirismo, que jamais serão esquecidos. Não entraram na minha vida por acaso!

Aos participantes deste estudo, obrigada, pois sem vocês não existia este resultado final.

Um GRANDE e geral obrigado a todos que direto ou indiretamente contribuíram para este estudo, pois sem eles não teria conseguido atingir a tão almejada meta, cada um à sua maneira contribuiu em grande escala para este feito!

## **A Experiência Subjetiva da vida diária de pessoas com diagnóstico de Esquizofrenia e sua relação com Bem-estar psicológico e Satisfação com a vida.**

### **RESUMO**

Procurou-se, neste estudo, definir o conceito de esquizofrenia e emoções, integrando-se várias perspectivas e concepções dos autores mais conceituados para estas definições. Paralelamente, abrindo-se o caminho para o estudo da experiência subjetiva ao nível das emoções e afetividade na esquizofrenia, bem como a sua relação com variáveis do funcionamento positivo (bem-estar psicológico, satisfação com a vida) nesta patologia.

O presente estudo exploratório tem como objetivo, analisar a valência positiva e negativa dos afetos nas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, em função das suas experiências diárias em termos das atividades realizadas, lugares frequentados e das companhias que têm, através de medidas diárias. Para além disso, pretendeu-se correlacionar medidas retrospectivas (medem a experiência global dos indivíduos): EBEP (escala de bem-estar psicológico), ESV (escala de satisfação com a vida), como medida do grau de satisfação com a vida e *PANAS* (escala de afeto positivo e negativo) como escala que mede a afetividade negativa e positiva.

Neste estudo participaram 14 pessoas com diagnóstico de esquizofrenia que, há pelo menos três anos, se encontravam estáveis sobre o ponto de vista médico e a viver na comunidade.

Os resultados demonstram que quando sozinhas, as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, apresentam afetividade negativa, comparativamente à situação de estarem acompanhadas em que a afetividade é predominantemente positiva. A afetividade negativa prevalece quando estão a realizar atividades de tempo livre, o inverso acontece na atividade de “cuidados com o próprio” e “pensar”. Relativamente aos locais que frequentam, a afetividade negativa é predominante, quando se encontram na casa do próprio, na casa dos outros e no local de trabalho. Foram feitas correlações entre ESV, *PANAS* positivo e negativo, afetividade positiva e negativa do *ESM* e bem-estar psicológico. Na associação satisfação com a vida e a afetividade positiva do *PANAS*, verificou-se que existe uma correlação positiva significativa e a satisfação com a vida está positivamente correlacionada com o bem-estar psicológico. Quanto à afetividade do *PANAS*, há uma correlação negativa significativa entre a afetividade negativa do *PANAS* e o bem-estar psicológico.

Palavras-chave: Esquizofrenia, emoções, afetividade, experiência subjetiva, medida ecológica; bem-estar Psicológico e satisfação com a vida

# **The Subjective Experience of everyday life of people with Schizophrenia and their relationship to Psychological well-being and Life satisfaction.**

## **ABSTRACT**

This study sought to define the concept of schizophrenia and emotions, integrating multiple perspectives and conceptions of the most respected authors for these settings. We attempt to, opening the way for the study of subjective experience in terms of emotions and affectivity in schizophrenia and its relationship with variables of positive functioning (psychological well-being, satisfaction with life) in this pathology.

This exploratory study aims to analyze the valence of positive and negative emotions in people with schizophrenia, according to their daily experiences in terms of activities, places frequented and companies who have, through daily measurements. In addition, we sought to correlate retrospective measures (measure the overall experience of the individuals): SPWB (scales that measure psychological well-being), SWLS (scale of satisfaction with life) as a measure of the degree of satisfaction with life and PANAS (Positive Affect and negative Affect scale) and scale that measures the positive and negative affectivity.

In this study involved fourteen people diagnosed with schizophrenia, for at least three years, were stable on the medical point of view and live in the community.

The results show that when alone, people diagnosed with schizophrenia have negative affectivity, compared to the state of being accompanied, in which the affection is predominantly positive. The prevailing negative affectivity when they are undertaking activities of free time, the reverse happens in the activity of "caring for himself" and "thinking." In relation to places that they frequent, negative affectivity is predominant when they meet at the home of their own, people's houses and in the workplace. Associations were made between SWLS, PANAS positive and negative, positive and negative affectivity ESM and psychological well-being. In association with life satisfaction and positive affectivity of the PANAS, it was found that there is a significant positive correlation and life satisfaction is positively correlated with psychological well-being. As for the PANAS affectivity is a significant negative correlation between the PANAS negative affectivity and psychological well-being.

**Keywords:** schizophrenia, emotions, affectivity, subjective experience, Experience Sampling Method (ESM), psychological well-being and satisfaction with life scale.

## ÍNDICE

<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	iii
<b>RESUMO</b> .....	iv
<b>ABSTRACT</b> .....	v
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS</b> .....	vii
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>Parte I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	10
1. As origens e o conceito de esquizofrenia .....	10
2. Emoções, afeto e Psicopatologia .....	12
2.1 Conceitos e definições .....	12
2.2 Emoções, afetividade e Esquizofrenia .....	15
2.3 Expressão emocional na esquizofrenia (embotamento afetivo) .....	16
2.5. Contexto social e esquizofrenia (Anedonia) .....	19
3. Bem-estar Psicológico, satisfação com a vida e afetividade positiva e negativa e esquizofrenia .....	21
4. Medidas da vida diária <i>versus</i> medidas retrospectivas.....	24
4.1 <i>Experience Sampling Method (ESM)</i> .....	26
<b>Parte II- ESTUDO EMPÍRICO</b> .....	28
1. Identificação dos Objetivos de investigação .....	28
1.1. Objetivo geral:.....	28
1.2. Objetivos específicos:.....	28
2. Método.....	28
2.2. Instrumentos .....	29
2.3. Procedimentos .....	31
3. Análise estatística dos Dados.....	32
4. Apresentação dos Resultados.....	33
4.1 Análise da valência positiva e negativa da afetividade em função da companhia.....	33
4.1.1 Análise da valência positiva e negativa da afetividade em função das atividades.....	34
4.1.2 Análise da valência positiva e negativa da afetividade em função dos Lugares.....	35
4.2 Análise da relação entre medidas globais de bem-estar psicológico, satisfação com a vida e afetividade positiva e negativa do PANAS .....	35
5. Discussão dos Resultados .....	38
6. Conclusão e implicações para a Psicologia Clínica.....	41
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	43

## ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS

### ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> afetividade positiva e negativa relativamente à companhia .....	33
<b>Gráfico 2:</b> afetividade positiva e negativa relativamente às atividades .....	34
<b>Gráfico 3:</b> lugares em que se encontram em determinado momento .....	35

### ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> medidas descritivas de cada medida global .....	36
<b>Tabela 2:</b> coeficiente de Correlação de <i>Pearson</i> ( $r$ ) entre a satisfação com a vida, afetividade negativa e positiva e bem-estar psicológico .....	36



## INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é uma doença mental que está entre as dez principais causas no mundo de incapacidade a longo prazo e manifesta-se com crises agudas, quando os sintomas são mais intensos, intercaladas com períodos de remissão, ao longo da vida (Mueser & McGurk, 2004). Portanto, como doença crónica que é, o tratamento é feito para aliviar os sintomas e melhorar as condições de vida do paciente, bem como a sua reintegração na sociedade (Durão & Souza, 2006). Segundo Jansson e Parnas (2007), a pesquisa psiquiátrica desta psicopatologia está repleta de tentativas de formalizar a sua definição, para distingui-la de forma precisa de outras doenças, bem como os seus subtipos (por exemplo: paranóide, desorganizado, catatónico, indiferenciado e residual).

São vários os sintomas de esquizofrenia que são considerados para avaliação diagnóstica e para o tratamento. Eles variam de pessoa para pessoa e também conforme a evolução da doença. Isso significa que nem todos os portadores apresentam todos os sintomas (Mueser & McGurk, 2004).

Apesar das causas da esquizofrenia serem ainda desconhecidas, há um consenso na literatura em atribuir a desorganização da personalidade, verificada na esquizofrenia, à interação de variáveis culturais, psicológicas e biológicas, destacando-se as de natureza genética (Silva, 2006). Possuir um parente com esquizofrenia é o fator de risco mais consistente e significativo para o desenvolvimento da doença. Segundo D'Amato e Karaoumi (2001 *cit in* Dalery & D'amato, 2001), o risco de um parente em primeiro grau desenvolver esquizofrenia é 10 vezes superior ao da população em geral, principalmente se for filho (12,8%) ou irmão/a (10,1%).

O início da esquizofrenia ocorre tipicamente no final da adolescência, entre os 18 e os 25 anos de vida nos homens e no fim da segunda década de vida nas mulheres (APA, 2006). Pode haver um início mais tardio, depois dos 40 anos de idade, mas tal facto ocorre em aproximadamente 3%-10% das mulheres, enquanto nos homens, o início tardio é muito menos comum (APA, 2006). Os homens tendem a experimentar uma forma mais grave da doença com sintomas mais negativos e menor hipótese de recuperação completa (Picchioni & Murray, 2007).

As pessoas com diagnóstico de esquizofrenia são considerados como tendo pouco *insight* sobre os próprios estados mentais e a sua vida emocional é caracterizada como embotada, invariável no afeto e marcada pelo isolamento e inatividade comportamental (Horan, Blanchard, Clark, & Green, 2008). Os mesmos autores afirmam que pessoas com esta patologia experienciam grande parte do tempo afetividade negativa em detrimento da positiva, o que compromete o seu bem-estar e satisfação com a vida.

Nos últimos anos tem sido dada mais atenção a estudos sobre a experiência subjetiva do dia-a-dia de pessoas com doença mental. Myin-Germeys, Delespaul, e deVRIES (2000), referem que para o acesso à experiência subjetiva e flutuação emocional, das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, é necessário o uso de metodologias específicas e pormenorizadas, tais como o *ESM*.

As emoções e a afetividade parecem ter assim um grande impacto nas características principais da esquizofrenia, bem como no bem-estar e satisfação com a vida das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Por isso, é pertinente o seu estudo de um ponto de vista científico.

Os últimos 50 anos, foram marcados pela mudança na abordagem da sociedade para cuidar de pessoas com doença mental. Esta mudança tem visto uma evolução nos cuidados institucionais para a maioria dos serviços fornecidos à comunidade, com o objetivo de melhorar a integração social e a qualidade de vida destas pessoas. (Jacobson & Burchard, 1992).

A primeira parte desta dissertação concerne na revisão bibliográfica científica dos domínios de estudo em análise. Focar-se-ão conceptualizações de esquizofrenia, emoções e afeto e procurar-se-á demonstrar como se comportam: a expressão e experiência emocional subjetiva nas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia; as interações do contexto social com a esquizofrenia, com contributos empíricos sobre estas abordagens. E ainda, perceber construtos de bem-estar psicológico e satisfação com a vida, que serão também abordados como foco de funcionamento positivo desta população com psicopatologia e relacionados com emoções e afetividade; terminando a primeira parte do estudo, com a demonstração das diferenças entre medidas diárias e medidas retrospectivas, não deixando de definir e conceptualizar o *ESM*, que se insere dentro das medidas diárias. A segunda parte é dedicada ao estudo empírico desenvolvido, onde será apresentada a metodologia utilizada, os procedimentos, a análise estatística dos dados, discutidos os resultados à luz da literatura científica analisada previamente. Por fim, esta dissertação será finalizada com conclusões do estudo e algumas implicações para a psicologia clínica.

## **Parte I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **1. As origens e o conceito de esquizofrenia**

O conceito de esquizofrenia data do final do século XIX (Silva, 2006). Primordialmente denominada de demência precoce por Kraepelin, que afirmava levar à deterioração mental de uma pessoa, o conceito foi substituído posteriormente na literatura por Bleuler (1950), que criou o termo esquizofrenia (esquizo= divisão, frenia= mente), para descrever o pensamento fragmentado das pessoas com o transtorno (Silva, 2006). Segundo Tsuang e Faraone (1997), uma pessoa com diagnóstico de esquizofrenia é vista como alguém incapaz de ter pensamentos e comportamentos consistentes, tendo assim as funções psíquicas desconexas. Isto levou ao equívoco de que a doença era caracterizada por uma "dupla personalidade", (Picchioni & Murray, 2007).

Bleuler em (1950) é também lembrado pela estruturação do estudo dos sintomas de esquizofrenia e por introduzir os conceitos centrais patogénicos de perturbações do pensamento e embotamento afetivo, relacionados, respetivamente, com sintoma positivo e sintoma negativo da esquizofrenia.

Posteriormente surgiu Schneider (1959), que publicou o seu critério de diagnóstico, classificando os de Bleuler como “segundos” sintomas, uma vez que os primordiais seriam os delírios e alucinações.

Segundo Deleypaul (1995), Kraepelin, Bleuler e Schneider, influenciaram, com os seus conceitos, o que hoje se denomina de esquizofrenia e os critérios que operacionalizam esta doença.

Atualmente e segundo o DSM-IV-R (2006), o diagnóstico para esquizofrenia é feito através dos seguintes critérios: transtorno psíquico caracterizado por ideias delirantes (distorções do conteúdo do pensamento); alucinações (distorções da percepção); discurso desorganizado (distorções da linguagem e dos processos do pensamento); comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico (distorções do autocontrolo do comportamento), que constituem os sintomas positivos da esquizofrenia, ou seja, aqueles que se traduzem num excesso ou distorção de funções normais. O embotamento afetivo (restrições da variedade e da intensidade de expressões emocionais), aloigia (restrições da fluência e produtividade do pensamento e discurso) ou avolição (restrição na iniciação de um comportamento dirigido com objetivo) que por sua vez, constituem os sintomas negativos desta psicopatologia, ou seja, refletem uma diminuição ou perda de funções normais. Os sintomas negativos desta perturbação, são bastante debilitantes para o paciente e resistentes à intervenção. (Gur, Kohler, Ragland, Siegel, Lesko, Bilker, & Gur, 2006). Para ser considerada perturbação, os sintomas têm de ter a duração mínima de 6 meses, preencher dois dos critérios ou mais dos supramencionados e pelo menos durante um mês os sintomas têm de estar ativos. Estes sintomas estão associados a uma marcada disfunção social ou ocupacional. Os sintomas característicos da esquizofrenia envolvem um conjunto de disfunções cognitivas e emocionais, que incluem a percepção, o pensamento indutivo, a linguagem e comunicação, o comportamento, o afeto, a fluência e produção do pensamento e do

discurso, a capacidade hedônica, a vontade e impulsos (APA, 2006). As alterações cognitivas mais salientes na esquizofrenia incluem os défices de atenção, estados de confusão memória e resolução de problemas (Silva, 2006). Segundo Delespaul (1995), a nível afetivo, o que prevalece nas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia são estados de confusão, tensão, ansiedade e mudanças de humor. Um estudo de deVRIES (1992), no que concerne aos estados mentais, concluiu que os pensamentos das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia têm pensamentos totalmente diferentes dos sujeitos sem patologia que fizeram parte da investigação. Então os pensamentos difusos, tais como estados, pensamentos abstratos, sentimento de entorpecimento e de “sonhar acordado,” preocupações específicas sobre a saúde, o passado ou familiares são os que caracterizavam os pacientes com esquizofrenia. Em contrapartida, os pensamentos dos sujeitos normativos eram sobre trabalho, lazer e cuidado do próprio.

No tocante às alucinações, um estudo de Pull (2005), afirma que as mais frequentes são as auditivas, seguidas das visuais. Os delírios ocorrem em mais de 90% dos sujeitos com a patologia. As pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, que ouvem vozes frequentemente, tentam que faça sentido o que ouvem, o que leva ao desenvolvimento frequente de crenças estranhas ou delírios (Picchioni & Murray, 2007).

Em relação à prevalência desta psicopatologia, varia de 0,5% e 1,5% nos adultos e as incidências anuais correspondem a um intervalo de 0,5 a 5 por 100000 habitantes (APA, 2006).

Pacientes com diagnóstico de esquizofrenia são rotulados como sendo menos capazes do que indivíduos normais, para manter o controlo homeostático face a ambientes disruptivos, tornando-se mais vulneráveis a vários tipos de stressores (deVRIES & Delespaul, 1989).

Contudo os estudos de Gur et al., (2006) têm demonstrado que os fatores específicos que conduzem a exacerbações da doença não diferem dos fatores precipitantes noutras doenças, mas que as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia parecem reagir a estas influências de forma mais severa e desadaptativa, chegando à conclusão que os pacientes com esquizofrenia são extremamente vulneráveis ao meio ambiente, principalmente se este for stressante, e têm um nível de stresse emocional elevado.

O curso e causa da esquizofrenia pode ser percebido com o Modelo da Vulnerabilidade ao stresse (Mueser & McGurk, 2004), de acordo com este modelo, a esquizofrenia é causada por uma vulnerabilidade psicológica, determinada no início de vida por fatores genéticos e ambientais, uma vez estabelecida a vulnerabilidade, o seu curso, incluindo recaídas, é determinado por uma interação dinâmica de fatores biológicos e psicossociais, tais como: falta de estratégias de coping, falta de apoio social, falta de atividades significativas na vida, stresse. Betensky, Robinson, Gunduz-Bruce, Sevy, Lencz, Kane, Malhotra, Miller, McCormack, Bilder, e Szeszko (2008) acrescentam ainda mais fatores, tais como a exposição pré-natal ao stresse maternal, stresse psicossocial relacionado com a perda de um dos pais ou quando discutem com pais e irmãos. Estudos de Myin-Germeys, Van Os, Schwartz, Stone, e Delespaul (2001), investigaram os efeitos dos acontecimentos diários sobre o humor e

demonstrou que o aumento do stresse percebido está relacionado com um aumento de afeto negativo e uma diminuição do afeto positivo. Os resultados suportam a hipótese de que reatividade ao stresse é um marcador de vulnerabilidade para a psicose, não só potenciando o seu aparecimento mas também a manutenção e exacerbação de sintomas psicóticos.

Shirakawa (2000), afirma que as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia necessitam de estimulação. Porém, ninguém melhor para o fazer do que um profissional de saúde mental, que pode ajudar o paciente a recuperar habilidades perdidas, acompanhando-o no seu dia-a-dia, ajudando na toma da medicação e idas ao médico que é facilitada, quando as pessoas com este diagnóstico têm *insight* sobre a sua patologia e compreendem que é o profissional de saúde que “*as mantem na realidade afastando os sintomas*”.

Atualmente estudos neurológicos têm feito grandes descobertas no que concerne às áreas do cérebro de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, o alargamento do sistema ventricular, especificamente dos ventrículos laterais e o terceiro ventrículo, acompanhado de uma redução no volume do cérebro e massa cinzenta cortical, quando comparados com grupos de controlo e a diminuição excessiva de dopamina, quando se possui a patologia (Mueser & McGurk, 2004).

## **2. Emoções, afeto e Psicopatologia**

### **2.1 Conceitos e definições**

Na literatura, alguns autores defendem que afeto e emoção são indiscriminados e outros tentam distingui-los. Segundo Fredrickson (2001), as emoções são distinguidas do afeto da seguinte forma: as emoções são tipicamente sobre alguma circunstância pessoal significativa (têm um objeto), enquanto o afeto varia muitas vezes e não tem objeto. Além disso, as emoções são tipicamente breves e implicam, processo de avaliação e o desencadear de uma cascata de tendências de resposta e possuem alguns componentes, tais como a experiência subjetiva, expressão facial, o processamento cognitivo e as mudanças fisiológicas, ao passo que o afeto é muitas vezes de longa duração e pode ser saliente apenas ao nível da experiência subjetiva. Para Telleng, Watson, e Clark (1999), enquanto as emoções estão frequentemente concetualizadas para caberem em discretas categorias de emoções mais frequentes, como o medo, raiva e alegria, o afeto é frequentemente concetualizado para variar entre duas dimensões: prazer e ativação ou ativação emocional positiva e negativa. O afeto é tido assim como um conceito mais geral e refere-se a um sentimento conscientemente mas não reflexivo e cognitivo, enquanto na emoção os processos de avaliação podem ser conscientes ou inconscientes (Russel & Barret, 1999; Russel, 2003). Segundo Oatley e Jenkins (1996), apesar do afeto estar presente dentro de emoções (como o componente da experiência subjetiva), esta também presente dentro de muitos outros fenómenos afetivos, incluindo sensações físicas, atitudes, humor, e até mesmo traços afetivos. Contudo é difícil de definir “afeto”, pois alguns autores chamam-lhe de afetos outros de humor e mais comumente, sentimento. Por isso pode ser interpretado ou atribuído a qualquer coisa (Russel, 2003).

Discordando desta perspectiva surge Diener e Eamons (1984), afirmando que afetos não são necessariamente conscientes e podem durar segundos, como as emoções. Para os autores não são distintos afeto e emoção. Segundo Wundt (1998 *cit in* Barret & Moreau, 2009), o afeto é uma propriedade básica, universal e psicologicamente irredutível da mente, tal como uma emoção. Este estudo apoia a perspectiva dos autores, Kring e Moran (2008), que afirmam ser muito ténues as linhas que separam afeto de emoção e, por isso, a literatura mistura muito estes conceitos de forma quase indistinta “*O termo afeto é muitas vezes usado para referir um estado de sentimento e por vezes usado para referir a expressão de uma emoção, como por exemplo: afeto embotado*”. Outro exemplo desta conceptualização são os autores Horan e seus colaboradores (2008), com a sua afirmação que “*o afeto reflete disposições emocionais básicas*”.

O presente este estudo empírico adota a ideia de que de que realmente são ténues as diferenças entre afeto e emoção e que na literatura são verdadeiramente misturados estes conceitos e utilizados como sinónimos.

A noção de afeto foi introduzida na psicopatologia e enfatizada, uma vez que a compreensão dos efeitos dinâmicos dos afetos é o cerne na compreensão da psicopatologia (James, 2007).

Depois de vários debates entre pesquisadores, surgiu a ideia de que emoções seriam apenas um subconjunto da classe mais ampla de fenómenos afetivos (Fredrickson, 2001) ou como, Barret e Moreau (2009) afirmaram: afeto é um componente mental que se torna numa emoção quando combinado com outros elementos mentais, ou seja, para estes autores, o afeto refere-se a representações internas corporais associadas com emoções, ações que envolvam algum grau de motivação, intensidade e força ou mesmo disposições de personalidade.

As diferentes teorias sobre a natureza da emoção que surgiram, só demonstram que a definição de “Emoção” “*is a very confused and confusing field of study*” (Russel, 2003), e que não há nenhum critério formal do que é ou não é uma emoção (Russel, 2003). As teorias mais primitivas conceptualizavam a emoção como sensações emergentes da visão do mundo que nos rodeia. Darwin (1965), defendeu a emoção como um estado mental causador de expressões corporais estereotipadas. Numa perspectiva evolucionária, as emoções são vistas como sistemas complexos que se desenvolveram ao longo do curso evolucionário da história humana para preparar o organismo a agir em resposta a diversos estímulos e desafios ambientais (Kring & Moran, 2008).

Na teoria de James-Lange, oposta à de Darwin, uma emoção ocorre quando nos apercebemos de modificações viscerais, ou seja, uma emoção emerge quando o estado interno de uma pessoa é percebido como relacionado ou causado pela situação (Gendron & Barret, 2009). Já Cannon-Bard afirmaram que uma emoção não pode ser fruto de alterações corporais, uma vez que modificações viscerais ocorrem também em estados não emocionais (Gendron & Barret, 2009) e que podemos sentir as emoções quase em simultâneo com as modificações corporais.

Surgem, posteriormente, os behavioristas, que vêem a emoção como uma resposta, ou seja, centralizam-se no que é observável. Watson (1929) é bom exemplo disso, pois na sua teoria afirma

que uma emoção é uma reação a um estímulo comportamental, que envolve alterações dos sistemas viscerais e glandulares. Young (1961), em vez de falar de emoção, aborda os processos afetivos, estes poderão variar de uma intensidade positiva a negativa e na sua duração, sendo ativadores de uma ação, mantêm e concluem um comportamento, regulam-no e organizam-no.

As teorias cognitivas apareceram mais tarde, nos anos 60, quando Arnold introduz o conceito de avaliação, que complementa a percepção (de que algo é bom ou mau) e prova a tendência do indivíduo para ação, mediante essa percepção, a emoção aconteceria então, se esta tendência para a ação fosse suficientemente forte. Nesta linha de pensamento, situa-se Schachter (1959) com a perspectiva de que as emoções são controladas por uma íntima relação e interação entre ativação fisiológica e avaliação cognitiva.

Numa perspectiva cognitivista, uma emoção é causada por uma pessoa, consciente ou inconscientemente e dá prioridade a um ou vários tipos de ação mediante o grau de importância para o sujeito (Oatley & Jenkins, 1996). São necessárias determinadas condições para que quando ocorra seja certo que foi uma emoção (Fehr & Russel, 1984 *cit in* Flack & Laird, 1998), a condição necessária segundo Fridja (1993), é a prontidão para a ação. Seguindo esta linha de pensamento, a resposta a algum evento envolve alteração fisiológica, experiência e posteriormente um comportamento.

Lazarus, (1968) designa emoção por “*síndrome de resposta*”, o autor defendia que cada reação emocional faz parte de uma avaliação. Os estados internos do corpo são o resultado da avaliação feita da situação. Já para Ekman (1992), o que distingue emoções de outros fenómenos psicológicos é a avaliação que um indivíduo faz de determinado acontecimento, respondendo ao mesmo com interpretações que já fez de realidades passadas

Averill, (1980 *cit in* Gendron & Barret, 2009) explicou na sua abordagem social-construtivista, a relação entre cultura, consciência e emoções, interpretando as emoções como papéis sociais transitórios ou síndromes socialmente constituídos. As normas sociais que ajudam a constituir estes síndromes são psicologicamente representados, como estruturas ou esquemas, como gramática da linguagem, que fornece as bases para a avaliação do estímulo, a organização de respostas e a monitorização do comportamento (Gendron & Barret, 2009). Nesta perspectiva, a emoção é relativa e mutável, uma vez que as emoções nascem das práticas sociais, embora algumas fossem biologicamente determinadas (Averill, 1980 *cit in* Gendron & Barret, 2009).

Como não há uma definição consensual para emoção, muitos autores optam por definir as componentes do seu processamento. Segundo Scherer (2004), emoções são processos de causalidade que ligam elementos mentais (avaliação do acontecimento; tendência para a ação; experiência subjetiva) e comportamentais (reações fisiológicas, expressão facial e vocal. Esta perspectiva está em oposição clara aos autores que definem as emoções como um estado mental e aqueles que as tomam só como um estado comportamental (Scherer, 2004).

A abordagem construcionista quebra o constrangimento que a psicologia tem erguido entre cognição e emoção pela hipótese de que os mesmos estão relacionados. (Kring & Moran, 2008)

Os Distúrbios emocionais são centrais para diversas psicopatologias, pois um ou mais componentes do processamento emocional estão comprometidos nalgum aspecto. Este comprometimento pode ocorrer, por exemplo, na percepção, na experiência, na intensidade ou expressão da emoção (Kring & Bachorowsky, 1999). Nos próximos pontos vamos tentar perceber como as emoções se relacionam com a esquizofrenia, qual a sua predominância em termos de polaridade na esquizofrenia e perceber até que ponto o processamento emocional está comprometido quer na experiência da emoção, como na expressão da mesma e o contexto social emergente desta psicopatologia.

## 2.2 Emoções, afetividade e Esquizofrenia

Seguindo a afirmação de Fredrickson (2001) as emoções dos seres humanos com ou sem diagnóstico de esquizofrenia, podem ser divididas em duas grandes categorias opostas: emoções negativas e positivas. As emoções negativas expressam uma tentativa ou intenção de excluir o que é avaliado pela pessoa como mau e destruindo o que é percebido como uma ameaça. Segundo González, Barrull, Pons, e Marteles (1998), as emoções negativas são alimentadas por um medo subjacente do desconhecido, medo das ações dos outros e uma necessidade de controlá-las ou detê-las para evitar ser prejudicado. Por outro lado, as emoções positivas tentam expressar uma intenção de inclusão pelo indivíduo de tudo o que é avaliado como “bom”, para o mesmo. As emoções positivas são alimentadas por um desejo subjacente para a apreciação e unidade (González et al., 1998). Estudos de Lysaker, Roe, e Yanos (2007) aludem que as emoções mais frequentes nos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia são: medo, tristeza, desconforto, solidão, nojo, culpa e vergonha.

No que concerne à afetividade, a positiva, representa uma dimensão em que os níveis elevados se caracterizam por muita energia, concentração e prazer. Já a afetividade negativa, caracteriza-se pela letargia e tristeza e “*reflete um estado emocional cujos níveis elevados correspondem a uma variedade de estados de ânimo, que incluem a ira, a culpa, o temor e o nervosismo*” (Tellegen, Watson & Clark, 1999).

Na teoria de Suslow, Roestel, Ohrmann e Arolt (2003), o medo pode ser mais frequentemente sentido no dia-a-dia de uma pessoa com diagnóstico de esquizofrenia, do que no dia-a-dia de uma pessoa sem patologia. Contudo, outras emoções também prevalecem, tais como a culpa ou vergonha, devido aos seus sintomas clínicos, perda de capacidades e dependência dos outros. O nojo é uma emoção negativa também muito frequente nesta psicopatologia, considerada como uma forma de repelir afeto interpessoal com o intuito de proteção (Oatley & Jenkins, 1996). De acordo com Tomkins (1963) as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia preocupam-se com as manifestações de intimidade e afeto ou hostilidade, dos que os rodeiam, o que segundo Suslow e seus colaboradores (2003) pode ser explicado pela dificuldade de regulação da intimidade e distância.

Investigações com o *Experience Sampling Method* nas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, reportam que estes têm mais delírios quando estão sozinhos do que acompanhados



(Delepaul, 1995), pois o facto de sentirem solidão está associado com o aumento de pensamentos e emoções negativas (Myin-Germeys, Nicolson, & Delepaul, 2001). No que concerne a emoções negativas de desconforto, vergonha e tristeza sentidas pelas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, parte da sua origem está no estigma que as pessoas têm sobre esta doença, “*pessoas com doença mental são violentas e incapazes de funcionar independentemente*” (Lysaker, et al., 2007), para além disso, algumas pessoas com este diagnóstico, têm consciência da impressão negativa que os outros têm delas, o que propicia a baixa autoestima, isolamento e o aumento de recaídas e por consequência a diminuição do bem-estar psicológico e satisfação com a vida (Barrowclough, Terrier, Humpreys, Ward, Gregg, & Andrews, 2003).

Noutro estudo com o *ESM*, concluiu-se que sujeitos com esquizofrenia sentiram emoções negativas mais intensas e variadas do que o grupo de controlo. No que concerne às emoções positivas, menos intensidade e variabilidade estiveram presentes nos sujeitos, concluindo-se então que, pacientes com esquizofrenia são emocionalmente mais ativos do que tem sido assumido com base em observações comportamentais (Myin-Germeys, et al., 2000).

Suslow e seus colaboradores (2003) na sua investigação com pessoas com esta psicopatologia, demonstram que estas experienciam mais intensamente as emoções negativas do que as emoções positivas. A corroborar este estudo surge o de Blanchard, Mueser & Bellack (1998), que compararam um grupo de controlo com um grupo de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e demonstraram que os pacientes com este diagnóstico expressavam menos afeto positivo e maior afeto negativo. Assim, Blanchard et al. (1998) consideram que um diminuído afeto positivo e elevado afeto negativo são características afetivas predominantes na esquizofrenia.

Normalmente, a emoção negativa numa pessoa com esta psicopatologia, irá apontar-nos para áreas que precisam ser trabalhadas e geridas, pois significa que o cliente não está a conseguir lidar com alguma coisa. Logo, à luz da psicologia positiva, é necessário fazer com que este lide com essas emoções e as transforme em algo agradável, positivo e promotor da felicidade. Assim, Seligman (2004), propôs-se a lutar contra a cultura da psicologia atual de apenas considerar como autênticas, válidas e verdadeiras as emoções negativas e fortalecer os aspetos saudáveis e positivos dos indivíduos e reconstruir forças e virtudes pessoais e a ajudar os clientes a encontrarem recursos inexplorados para a mudança positiva (Vázquez, 2006).

Fredrickson (2001) considera que o estado emocional positivo desperta a afetividade do outro, criando um ambiente favorável, para além de promover a resiliência psicológica que desencadeia uma espiral ascendente em direção à melhoria do bem-estar psicológico e subjetivo (Fredrickson, 2001)

### 2.3 Expressão emocional na esquizofrenia (embotamento afetivo)

As diversas formas de psicopatologia refletem distúrbios em várias áreas, incluindo o processamento emocional e a expressão emocional. Embora a experiência e expressividade das emoções pareçam proeminentes em várias perturbações, a natureza do distúrbio emocional faz com

que essa mesma expressividade e experiência variem entre perturbações. No caso da esquizofrenia, os distúrbios afetivos são muitas vezes marcados pela diminuída expressão da emoção e em alguns casos diminuída experiência da emoção, ou seja, há comprometimento do funcionamento emocional nesta patologia. (Kring & Bachorowsky, 1999).

Embora vários pesquisadores caracterizem a esquizofrenia como perturbação cognitiva ou do pensamento (Harrow & Quinlan, 1985 *cit in* Kring, Kerr, Smith, & Neale, 1993), paulatinamente passou a haver um grande interesse nos componentes afetivos desta doença. Kraepelin (1919) considera os distúrbios afetivos como muito significativos na esquizofrenia.

Bleuler, (1950, *cit in* Kring et al., 1993) nas suas investigações, constatou que as pessoas com este diagnóstico, frequentemente reportavam sentir emoções fortes, embora não as expressassem. Assim, este autor, concluiu que a principal característica da esquizofrenia é a falta de expressão emocional (embotamento afetivo), bem como a diminuída aptidão para experienciar emoções positivas (Kring et al., 1993), que será esclarecida no ponto seguinte.

Nos estudos realizados, Kring e Moran (2008), constataam que a expressão emocional é mais reduzida nas mulheres com diagnóstico de esquizofrenia do que nas mulheres sem qualquer patologia e que há uma diferença de sexos nesta mesma expressão emocional nas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, uma vez que as mulheres conseguem ter mais expressão emocional do que os homens. Portanto, o embotamento afetivo é mais comum nos homens do que nas mulheres e está presente desde o início da doença (Gur et al., 2006). É de salientar que pacientes com o sintoma de embotamento afetivo, sentem mais sintomas negativos e de forma mais severa. No entanto, os sintomas positivos também são sentidos, mas de forma mais ligeira (Gur et al., 2006).

Segundo Kring e Earnst (1999), os estudos realizados com o objetivo de explicar a inexpressividade nas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, revelam que o uso de neurolépticos provoca bradicinesia, efeito secundário confundido com a apatia. Contudo, também foi demonstrado que o déficit expressivo não depende somente da medicação, uma vez que os grupos constituídos por sujeitos sem medicação demonstram, tal como os grupos das pessoas que têm esta doença, diminuída expressividade.

Phillips e Seidman (2008) vão mais longe e afirmam no seu estudo que, as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia demonstram uma deficiente percepção de emoção, na experiência da emoção, na regulação da emoção e na expressão da emoção.

Em suma, o embotamento afetivo, é uma característica tão importante nas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, que agrava o curso da doença (Kring et al, 1993). Apesar da evidência esmagadora dos estudos demonstrarem que as pessoas com esta psicopatologia são menos expressivos do que os indivíduos sem este diagnóstico, os autores Kring e Moran (2008) concluíram que as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia têm déficit na componente expressiva da emoção, mas esse déficit não é suficiente para afetar a experiência e os componentes fisiológicos da emoção. O que nos leva à discussão do ponto seguinte.

#### 2.4. Experiência emocional na esquizofrenia (Anedonia)

A anedonia tem sido hipotetizada como a característica fundamental da esquizofrenia, devido à diminuída capacidade das pessoas com este diagnóstico sentirem emoções prazerosas (Blanchard et al., 1998). Kraepelin (1919), salienta a diminuída habilidade de experiência emocional, quer das emoções positivas, quer das emoções negativas. Contrapondo a evidência demonstrada, Rado (1953), defende que emoções negativas são as experienciadas pelas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia em detrimento das positivas.

Segundo Blanchard et al. (1998), a anedonia também está relacionada com o isolamento social, com um funcionamento social pobre e com a falta de afeto positivo. Nos pacientes com esta doença, quanto maior o afeto positivo, menor a anedonia sentida e melhor a integração e funcionamento social.

Blanchard et al. (1998), atribuíram o papel central à anedonia nos seus modelos etiológicos, postulando que a anedonia é um indicador de vulnerabilidade genética para a esquizofrenia e enunciou a existência de dois tipos de anedonia: a anedonia física, que abrange a perda de prazeres como admirar a beleza do pôr-do-sol, receber uma massagem, comer, beber, cantar e a anedonia social, que compreende a perda de prazer de estar com amigos ou com qualquer outras pessoas (Silva, 2006). Segundo Suslow e seus colaboradores, quanto maior for a anedonia social, maior é o afeto negativo.

Deixando esta linha de pensamento, vários estudos indicam que pacientes com diagnóstico de esquizofrenia relatam experimentar emoção consistente com a valência do estímulo ou situação, ou seja, a emoção será positiva se o estímulo for positivo, a emoção será negativa se o estímulo for negativo (Kring & Moran, 2008), tal como as pessoas sem patologia. Há, também, evidências consistentes noutro estudo de Kring e Moran (2008), que comprovam que indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia experienciam uma quantidade de emoção semelhante e, em alguns casos, uma maior quantidade de emoção, quando comparados com indivíduos sem patologia. Noutra investigação neste domínio, foi realizado um estudo sobre a experiência de emoções nas complexas situações naturais da vida diária das pessoas com este diagnóstico, por Barenbaum e Oltmanns (1992), que utilizando o *Experience Sampling Method*, confirmaram que os esquizofrénicos experienciam uma gama variada de emoções na sua vida diária.

No entanto, no que concerne ao conceito de anedonia, Meehl (2001) discorda do conceito de défice geral de experienciar prazer, propondo a substituição do termo por hipoedonia e justifica a sua proposta argumentando que pacientes com a esta psicopatologia, conseguem tirar prazer de algumas experiências, tais como, fumar, cozinhar e ver televisão, mesmo os mais comprometidos com a doença. Gruber e Kring (2008), com os seus estudos das narrativas sobre a experiência emocional subjetiva das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia concluíram que estes descrevem sentir emoções positivas, como feliz “quando estão a comer uma boa refeição”, e em contrapartida ficam chateados “quando as pessoas esbarram contra eles”, e tristes “quando perdem um grande amor”.

Estudos de procedimentos de indução de emoção laboratorialmente controlados, constatou-se que as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia não diferiam dos sujeitos dos grupos de controle nas suas reações subjetivas a estímulos emocionalmente fortes (Kring et al., 1993 *cit in* Cohen & Minor, 2008). A corroborar esta constatação, outro estudo de indução de emoções com clips de vídeos e bebidas com sabores de Cohen e Minor (2008), concluiu não existir diferença entre os grupos de controle e o grupo de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, no que concerne a atenuação nas suas experiências fenomenológicas de emoção. Também se constatou a existência de respostas hedônicas a estímulos neutros pelas pessoas com este diagnóstico. No entanto, estímulos de valência positiva e neutra induzem níveis relativamente altos de emoção aversiva nos pacientes (Kring et al., 1993 *cit in* Cohen & Minor, 2008).

Os efeitos das emoções positivas, ainda que sejam menos imediatos e menos visíveis que os estados negativos nos esquizofrénico e na população em geral, são de grande importância para a saúde mental (Gable & Haidt, 2005).

#### 2.5. Contexto social e esquizofrenia

De acordo com Kring e Moran (2008), a falta de expressão facial pode evocar respostas negativas dos outros, ou seja, tem um impacto nas interações e relações sociais e no ajustamento social, o que leva frequentemente ao isolamento social. Bellack, Green, Cook, Fenton, Harvey, Heaton, Laughren, Leon, Mayo, Patrick, Patterson, Rose, Stover, e Wykes (2006), salientam que quando estes pacientes tentam interagir com os outros, demonstram grande dificuldade em manter conversações apropriadas, expressar as suas necessidades e sentimentos e desenvolver competências sociais. Os mesmos autores afirmam que, o funcionamento social na esquizofrenia está assim comprometido, uma vez que dois terços destes indivíduos não são capazes de realizar papéis sociais básicos, como o de esposa, pai, trabalhador, mesmo quando os sintomas psicóticos estão em remissão. Somente um terço trabalha regularmente, estando a maior parte desempregada mesmo quando têm condições para trabalhar, ou seja quando não estão numa fase ativa da sintomatologia (Bellack et al., 2006). Por isso, facilmente se percebe que a disfunção social é outro dos mais importantes fatores na incapacidade associada à doença e fonte de grande stresse para o paciente e familiares. (Bellack et al., 2006).

Segundo Bae, Lee, Park, Hyun, e Yoon (2010), as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, sofrem, frequentemente, sintomas psicóticos que alteram a sua perceção da realidade, tais como alucinações auditivas ou delírios e a intensidade das alucinações é afetada pelo contexto social Freeman (2008). Estes sintomas impossibilitam a criação de relações interpessoais e perturbam o ajustamento em várias situações sociais, principalmente no trabalho e na resolução de problemas sociais. Assim, e segundo Freeman (2008) é muito difícil para estes viverem em comunidade, mesmo na remissão da fase aguda de sintomas, devido ao seu pobre funcionamento social e o risco de recaída torna-se muito maior para os pacientes que estão mais afetados a este nível.

No entanto, para Dworkin (1992), os défices afetivos e os défices sociais estão associados, uma vez que estes dois sintomas apresentam comportamentos semelhantes nos pacientes com esquizofrenia: a escassez de gestos expressivos, o pobre contacto visual, a falta de resposta afetiva, a falta de inflexões vocais, a dificuldade para manterem comportamentos sociais apropriados e interações interpessoais competentes.

Jansson e Parnas (2007), num estudo sobre acompanhamento de pessoas com este diagnóstico, internados por um longo período de tempo, demonstraram que o preditor mais confiável de melhoria dos sintomas positivos e negativos é a redução do tempo ocioso e o aumento paulatino do contato social das pessoas com esta psicopatologia. Bae et al., (2010), usaram uma abordagem similar e encontraram uma associação positiva entre a melhora do funcionamento social e a redução dos sintomas psicóticos. Contrariamente ao que se tem visto em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia em instituições, pacientes referem sentir-se bem quando estão fora de casa e na companhia de outros sujeitos sem patologia e que só os pacientes com uma adaptação social mais pobre é que são mais propensos a estar mais em convívio com a família do que aquelas com uma adaptação social melhor (Bae et al., 2010)

Para deVRIES e Delespaul (1989), as diferenças entre os autorrelatos da população sem patologia e das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia são claras: o isolamento e o evitamento de pessoas é frequente nas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia e por isso os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia passam mais tempo sozinhos do que o normal, quando comparados a grupos sem a patologia. Realmente, estudos de Cardoso, Caiaffa, Siqueira, Abreu, e Fonseca (2006), revelaram que as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia encontram-se sozinhos e muito concentrados e despendem muito tempo, quando estão a fazer um puzzle, a pintar, ouvir musica, a jogar playstation, a ver televisão, uma vez que não querem ser perturbados com a elevada expressividade emocional dos familiares. Este tipo de atividades são passivas e pouco impulsionadoras de um funcionamento positivo.

Segundo estudos de deVRIES e Delespaul (1989) no que diz respeito às atividades realizadas, às companhias e aos locais, as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia quando comparadas com grupo de controlo, passam muito tempo em casa, sozinhos e sem fazer nada em particular e frequentemente não ocupam o tempo livre com atividades significativas, ao contrário do grupo sem a patologia que utilizavam o triplo do tempo em atividades de lazer, ativas e promotoras de bem-estar, como praticar atividades desportivas, ir a eventos, festas, teatro, cinema, passear, ir a eventos desportivos entre outras. Paradoxalmente, às afirmações de deVRIES e Delespaul (1989), sobre a inatividade das pessoas com este diagnóstico, Betensky et al. (2008), afirmaram que estas têm uma necessidade compulsiva de estarem envolvidos em atividades construtivas, o que lhes permitem sentir bem-estar, autoestima e afeto positivo. Segundo Jansson e Parnas (2007) cozinhar é uma atividade de eleição destes pacientes em detrimento de interações sociais. Quanto às companhias, Delespaul (1995) salienta que as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, quando sozinhas, revelam estados mentais

depressivos e afetividade negativa, sentindo-se bem, quando acompanhadas por duas a três pessoas, ou seja sentem-se melhor em pequenos ambientes sociais, uma vez que as multidões são extremamente problemáticas, devido ao demasiado contato social. (Delespaul, 1995).

O Estudo de Durão e Souza (2006) constata que 90% dos pacientes com problemas mentais graves encontram-se desempregados. O mesmo estudo revela que, depois de um ano de trabalho, 40% pessoas com diagnóstico de esquizofrenia e remuneradas pelos seus serviços, obtiveram uma melhoria dos seus sintomas positivos. Para as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia não remunerados pelo seu trabalho, a melhoria foi consideravelmente menor. Este estudo salienta que numa sociedade na qual se valoriza o ser produtivo, na reabilitação do doente pode ser importante o desempenho de uma atividade profissional remunerada, uma vez que cria o sentimento de ser útil, sentimentos de responsabilidade e sentimentos de valorização e bem-estar (Durão & Souza, 2006).

Nesta linha de pensamento, Cardoso e seus colaboradores (2006) demonstraram que as pessoas envolvidas em algum tipo de atividade profissional reportam mais emoções positivas, justificando que a atividade profissional mesmo que não remunerada é uma possibilidade de distração dos sintomas, contribuindo para a melhoria do estado mental, surgimento de emoções positivas, bem como bem-estar e satisfação com a vida.

No domínio da investigação sobre a experiência subjetiva nas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, tem surgido, nos últimos anos, um número crescente de investigadores interessados nos acontecimentos diários e experiências que compõem a vida das pessoas (Pervin, 1985). Contudo as experiências subjetivas na vida diária destas pessoas, os contextos e eventos de vida que as desencadeiam e as formas pelas quais os pacientes as descrevem e lhes dão sentido são ainda pouco estudadas (Aldrich & Tenenbaum, 2006). Segundo James (1890 *cit in* Freire, 2006), a experiência subjetiva é o resultado de uma atenção focalizada no conteúdo e na sequência dos acontecimentos conscientes, que ocorrem diariamente, fazendo parte da experiência apenas aquilo que era do interesse direto do sujeito. De acordo com Freire (2006), na experiência subjetiva os indivíduos selecionam e organizam a informação através dos seus contextos de acordo com critérios emergentes que definem a qualidade da experiência. A dificuldade deste tipo de abordagem, surge de investigações retrospectivas que demonstram a incapacidade das pessoas para fornecer informações precisas sobre as suas atividades diárias e experiência emocional (deVRIES, 1992). Os questionários de autorrelato globais, ou seja, medidas retrospectivas, recolhem dados e descrições sobre a psicopatologia, mas a psicopatologia não é algo estático. Assim, deVRIES (1992) propôs a utilização de “ *uma medida de amostragem de momentos representativos na vida diária das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia*”, o *ESM*, que vamos abordar posteriormente.

### **3. Bem-estar Psicológico, satisfação com a vida e afetividade positiva e negativa e esquizofrenia**

Os construtos psicológicos, satisfação com a vida, bem-estar psicológico e afetividade negativa e positiva têm algo em comum, dependem da experiência subjetiva do sujeito e do contexto.

Para além disso, a satisfação com a vida e a afetividade negativa e positiva são componentes do bem-estar subjetivo e estão relacionados (Pavot & Diener, 1993). Todas estas variáveis são também responsáveis pelo funcionamento positivo e qualidade de vida das pessoas com este diagnóstico (Ryff, 1989).

Embora exista um corpo de conhecimentos reduzido acerca dos fatores promotores do desenvolvimento positivo das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, tem sido amplamente reconhecido o contributo do bem-estar psicológico, da satisfação com a vida e dos afetos positivos para a saúde mental (Uzenoff, Brewer, Perkins, Johnson, Mueser, & Penn, 2010).

Cowen (1994), sugeriu que bem-estar não deveria ser definido como falta de psicopatologia, mas sim como um conjunto de aspetos positivos do funcionamento, promovido pela obtenção de relações interpessoais fortes, aquisições cognitivas adequadas, estratégias de coping, e exposição a ambientes que desenvolvam a pessoa. De facto, esta perspetiva gerou um novo modelo de saúde mental, numa vertente positiva, baseado não só como ausência de doença mas a presença de um funcionamento positivo e florescimento humano (Dierendonck, Díaz, Carvajal, Blanco, & Jiménez, 2008).

Bem-estar psicológico é, portanto, um conceito amplo que abrange aspetos afetivos da experiência quotidiana. A operacionalização deste conceito é bastante difícil, mais do que a sua descrição, uma vez que Componentes negativos e bivalentes do bem-estar são acedidos através de autorrelatos (Warr, 1978)

Segundo Novo (2005), existem duas perspetivas teóricas dominantes em torno do bem-estar, uma designada de bem-estar subjetivo, que se centra numa perspetiva hedónica de alcance do prazer momentâneo e outra designada de bem-estar psicológico, enraizado no pensamento clássico de Aristóteles, relativamente à eudaimonia. Ambas as perspetivas diferem principalmente na conceção de felicidade. O bem-estar subjetivo foca a perspetiva individual e subjetiva do bem-estar, privilegiando a vertente emocional (emoções positivas e negativas) e a vertente cognitiva (satisfação com a vida), ou seja, o modelo do bem estar-subjetivo considera a avaliação que as pessoas fazem das suas vidas tendo como referência as suas experiências emocionais negligenciando as dimensões psicológicas ou a qualidade do funcionamento positivo). Segundo Diener (2000), a satisfação com a vida e a felicidade tornam-se os indicadores específicos da experiência subjetiva de bem-estar. No modelo do bem estar-psicológico, o sentido de felicidade eudaimonica ultrapassa a ideia de que esta é o núcleo do bem-estar, constituindo, ao invés disso, um objetivo para incorporar aspetos de vida mais desafiantes, duradouros, com propósito para a vida, desenvolvimento, crescimento pessoal, florescimento humano e realização pessoal humana (Freire & Tavares 2010; Novo, 2005; Fernandes, 2007). Fundamentado com conceitos e perspetivas da psicologia desenvolvimental Ryff (1989), adota uma conceção multidimensional de funcionamento psicológico positivo e bem-estar.

O Bem-estar psicológico, pretende alcançar a compreensão dos processos psicológicos subjacentes ao bem-estar, a partir de dimensões básicas do funcionamento psicológico positivo

(Machado, 2008). O bem-estar psicológico salienta não só o quão satisfeita e feliz a pessoa está com a vida, como também quais os recursos psicológicos que esta possui (Ryff, 1989).

As pessoas com níveis de bem-estar psicológico mais altos parecem ser mais sociáveis e produtivas e com predomínio de emoções positivas, pelo que a promoção do bem-estar psicológico é tanto benéfica, tanto para o indivíduo, como para a sociedade em geral (Lyubomirsky, 2001)

Ryff (1989) propôs seis dimensões para a estrutura do bem-estar psicológico: aceitação de si (principal característica de saúde mental e autorrealização, funcionamento ótimo e maturidade); relações positivas com os outros (capacidade de estabelecer relações interpessoais de confiança e calorosas); autonomia (capacidade de locus de controlo interno, autorregulação, ter determinação para agir e pensar e regular o seu comportamento); domínio do meio (habilidade para escolher e criar ambientes adequados às suas características mentais e capacidade de sair e dominar a esfera fora do *self*); objetivos na vida (acreditar que se tem objetivos a alcançar, que dão significado à vida e direcionam o comportamento para os atingir) e crescimento pessoal (perceção de desenvolvimento contínuo, perceção de potencialidades existentes e abertura a novas experiências e enriquecimento pessoal). Deste modo, cada dimensão deste modelo teórico contempla os diversos desafios existenciais que os indivíduos enfrentam na sua conquista do bem-estar (Fernandes, 2007).

Ambas as perspetivas advogam valores humanistas que elevam a capacidade do indivíduo para avaliar o que lhe proporciona bem-estar na vida (Machado, 2008).

O estudo de Ferreira (2010), com 106 participantes, demonstrou que as variáveis com mais poder preditivo do bem-estar psicológico são os afetos negativos e os afetos positivos.

No que concerne à satisfação com a vida, (Diener Emmons, Larsen & Griffin, 1985), definem-na como um processo de julgamento cognitivo, que perfaz uma avaliação global da qualidade de vida da pessoa de acordo com critérios escolhidos pela própria. Julgamentos de satisfação são dependentes de uma comparação de circunstâncias próprias com o que é pensado para ser um padrão adequado. É importante destacar que o julgamento de como as pessoas estão satisfeitas com o seu atual estado é baseado numa comparação com um padrão que cada estabeleceu para si mesmo (Diener et al., 1985).

A escala de satisfação com a vida é, assim, um instrumento promissor em termos de mudança de medição do bem-estar, não o limitando só à afetividade. (Pavot & Diener, 1993). Muito associadas com as medidas de satisfação com a vida estão as dimensões do bem-estar psicológico: auto-aceitação e domínio do meio (Ryff, 1989). A maior satisfação com a vida parece então estar relacionada com indicadores de funcionamento positivo (Freire & Tavares, 2011)

Não deixa de ser interessante, como estudos frequentemente encontraram bons níveis de satisfação com a vida, apesar das condições de saúde das pessoas com este diagnóstico. Num estudo, com a utilização do *ESM* com 14 pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, Iglésias (2010), inferiu no seu estudo, que há, tendencialmente, uma satisfação com a vida ligeiramente baixa. No entanto, pesquisas mostram que o nível geral de psicopatologia influencia fortemente o bem-estar dos pacientes, as emoções e a satisfação com a vida. Noutro estudo, com doentes psiquiátricos feito por



Caron, Mercier, Diaz, e Martin (2005), concluíram que há diferença de gênero nos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, homens reportam menos satisfação com a vida em atividades diárias. Isto é, segundo os mesmos autores justificado por valores culturais que permitiram à mulher desenvolver certas aptidões nesta área, tais como cozinhar, tarefas domésticas e compras mais do que o homem. Outro estudo dos mesmos autores, mostra que os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia tendem a reportar baixo bem-estar psicológico, uma vez que evitam atividades que impliquem um certo contato social, vivendo mais isoladas. A corroborar este estudo, Uzenoff et al., (2010), encontrou níveis significativamente baixos de bem-estar psicológico nestas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, no entanto, a percepção de satisfação com a vida é elevada. Contudo, contrapondo os autores supramencionados Ryan e Deci (2001), aludem no seu estudo que a maioria das pessoas com este diagnóstico reportam sentir afeto positivo, a maioria do tempo, quanto menos comprometidos com a doença estiverem e sentem também, mais variedade afetiva.

A afetividade possibilita uma avaliação mais pormenorizada dos indicadores de saúde mental. A afetividade positiva, traduz-se na tendência de experimentar sentimentos e emoções agradáveis, contribuição para o bem-estar ótimo, crescimento psicológico, facilita comportamentos de aproximação ou ação continuada e melhora o bem-estar ao longo do tempo (Fredrickson, 2001). Já a afetividade negativa exprime-se pela disposição para experimentar sentimentos e emoções desagradáveis.

Burns e Machin (2010) afirmam que as variáveis do bem-estar psicológico, são fortes preditores de afeto positivo, não obstante outro autor demonstra que o afeto positivo está profundamente associado ao bem-estar (Gasper, 2010). Para o mesmo autor, pessoas com maior grau de felicidade, relatam menos episódios de acontecimentos de vida negativos e menos emoções negativas. A permanência do afeto positivo permite à pessoa pensar melhor, ajuda na resolução de problemas e torna-a mais criativa, assertivos e sensatos os juízos de tomadas de decisão (Isen, 1993). Ora, tudo isto cria condições de enfrentamento eficaz de situações adversas e que por sua vez incrementarão os níveis de bem-estar psicológico (Fredrickson, 2001).

#### **4. Medidas da vida diária *versus* medidas retrospectivas**

Vários investigadores reconhecem a necessidade de uma ferramenta de avaliação mais fiel à interpretação da experiência diária da vida das pessoas do que os instrumentos tradicionais globais (Scollon, Kim-Prieto & Diener, 2003). As novas medidas da vida diária procuram colmatar as limitações desses métodos tradicionais ou retrospectivos (Delespaul, 1995).

Nos questionários de autorrelato retrospectivos, os participantes são tipicamente questionados a fazer as suas avaliações globais da experiência que ocorreu. Estes são uma fonte valiosa de informação sobre percepções dos sujeitos, mas percepções que frequentemente diferem das medidas diárias (Reys & Gable, 2000), devido à forma como são codificadas (várias medidas por sujeito ao longo do dia nas

medidas da vida diária), ao armazenamento da informação (não precisam reter a informação muito tempo, pois é pedida para ser descrita várias vezes ao dia) e à avaliação da mesma.

Segundo Wentland (1993) tendo em conta uma pergunta de uma medida retrospectiva: “*Na última semana quantas vezes te sentiste feliz em interações com os teus amigos?*”, os entrevistados devem aceder à memória e recordar um conjunto completo de eventos que aconteceram e selecionam entre eles os mais relevantes, uma vez que é difícil responder com total precisão (pois a pessoa não consegue lembrar de tudo o que aconteceu), o que faz com que muitas vezes as respostas sejam pouco eficientes porque o tempo que passou entre a evocação da resposta e o acontecimento foi o suficiente para não se lembrar com total precisão. Estudos de memória autobiográficos indicaram que ao recordarem eventos passados a informação é enviesada, pois as pessoas reconstroem e recordam as crenças de comportamentos ou sentimentos “típicos” passados, confundindo-se e referem o que lhes é mais relevante para eles e típico de ocorrer na sua experiência, ao invés de relatar o que estão a experienciar e perceber no momento (Reis & Wheeler, 1991)

Os investigadores salientam uma outra lacuna nas medidas retrospectivas: a descontextualização da informação, através dos questionários de autorrelato globais, respostas aos mesmos são dadas em determinado momento e é analisada essa informação, atribuindo-se-lhe um significado (Reis & Wheeler, 1991). Como Stone et. al., (1998) relataram, as respostas sofrem alterações no tempo e outros significados serão atribuídos à mesma experiência, quando esta ocorre noutro contexto, o que não se consegue visualizar com as medidas retrospectivas, acabando por não retratarem comportamentos, pensamentos, emoções ou sentimentos momentâneos e não representar a realidade do sujeito (Csikszentmihalyi & Larson, 1987). Corroborando, Reis e Gable (2000) afirmam que “a maioria dos atos sociais só podem ser entendidos no seu cenário atual e contextual se não perdem significado se isolados”.

Outro estudo, onde scores agregados das medidas diárias (*ESM*) foram comparados com autorrelatos retrospectivos, não demonstrou correlação alguma entre estes dois métodos, alegando que uma vez que a percepção de determinado construto numa avaliação retrospectiva e global não é a mesma quando analisado várias vezes ao dia, pois as labilidades no humor interferem e as avaliações são reinterpretadas e construídas de forma diferente no tempo (Stone et al, 1998).

Autores como Barclay e Wellman (1986) concordaram que processos motivacionais e cognitivos são limitações às respostas aos questionários de medidas retrospectivas. Segundo os mesmos autores, as nossas vontades momentâneas, a predisposição com a qual se está a responder ou a recordar de determinada experiência, as avaliações e percepções dessas mesmas experiências, interferem na forma como vou responder num determinado momento e já influenciou a forma como o sujeito respondeu num momento precedente.

Autorrelatos diários, são por definição mais precisos, mas não necessariamente mais importantes do que os autorrelatos retrospectivos, nem nenhum destes métodos é certo e o outro errado,

simplesmente fornecem diferente informação e depende do objetivo da investigação (Reys & Gable, 2000)

As medidas diárias não são suscetíveis de desaparecer tão cedo da pesquisa psicológica social, mesmo porque, se muitos fenômenos importantes dependem de interpretação dos indivíduos de suas circunstâncias. Como Reis e Judd (2000), referem “ *a interpretação da experiência no momento em que esta a ocorrer, não do acontecimento recordado por observação ou gravação, é a base essencial para a formação e mudanças em crenças, desejos e ações*”.

#### 4.1 Experience Sampling Method (ESM)

Larson e Csikszentmihalyi, foram os mentores do *Experience sampling method*, contudo desde os anos 70, que as primeiras investigações foram feitas com esta metodologia (Larson e Csikszentmihalyi, 1983).

O *Experience Sampling Method*, como medida diária por excelência, propõe um método de estudo naturalista, usado em contextos naturais do quotidiano dos indivíduos no qual são recolhidos dados sobre as experiências subjetivas da vida diária das pessoas e a flutuação de estados mentais (Csikszentmihalyi & Larson, 1987). Segundo os mesmos autores, a avaliação da experiência subjetiva das pessoas em interação com o contexto natural, confere ao *ESM* validade ecológica. Assim, constitui uma avaliação de campo intensivo que utiliza uma estratégia de auto-observação (Delepaül, 1995).

Com o *ESM* pretende-se, no entanto, conhecer a frequência e intensidade e padrões dos mesmos dos pensamentos, interações sociais e humor (Csikszentmihalyi & Larson, 1987)

Segundo Delepaül (1995) a ocorrência aleatória dos *beeps* durante os dias minimiza a reatividade dos sujeitos, assegurando ao mesmo tempo a validade contextual e apresenta uma clara imagem das variações situacionais e diárias na experiência.

Segundo Scollon et al., (2003), há três modelos de amostragem diferentes para se obter dados sobre a experiência subjetiva e a sua utilização depende do objetivo da investigação. A amostragem contingente a um intervalo de tempo, na qual os participantes completam autorrelatos após um intervalo de tempo pré-definido; a amostragem contingente a um evento, que é quando os participantes completam autorrelatos depois de um acontecimento ter ocorrido e, por último, a amostragem contingente ao sinal. Neste tipo os participantes completam os seus autorrelatos quando solicitados por um sinal aleatório de um dispositivo, num determinado espaço de tempo e contexto em que estão inseridos. Esta última forma de amostragem é a que geralmente é nomeada de *ESM* (Scollon et al., 2003).

O *ESM* permite dois tipos de análise: *beep-level* (*beep* como unidade de análise e é utilizada em questões de investigação sobre situações) e o *subject-level* (variáveis agregadas para cada pessoa ou medidas de determinado momento e é utilizada em questões de investigação sobre pessoas) (Larson & Delepaül, 1992 cit in deVRIES, 1992)

Nos últimos 15 anos, a aplicabilidade do *ESM* tem sido demonstrada em estudos de comunicação entre mães e os seus filhos, puberdade, recuperação de alcoólicos, adolescentes, estados específicos (flutuações de humor durante o ciclo menstrual), bulimia, ansiedade, crianças com deficiência, depressão, perturbações de personalidade (deVRIES & Delespaul, 1989; Stone et al., 1998). O *ESM* também tem sido utilizado para estudar vários aspetos da experiência da vida diária em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, incluindo a qualidade de vida, a experiência de alucinações e padrões diários da utilização do tempo (deVRIES & Delespaul, 1989).

Segundo Ben-Zeev, Ellington, Swendsen, e Granholm (2010), a metodologia *Experience Sampling Method* propõe uma estratégia de investigação, através da qual os dados recolhidos sobre a experiência emocional permitem a discussão e o enriquecimento dos modelos psicológicos de psicopatologia, no contexto da vida diária das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, obtendo-se uma amostra representativa do estado mental das pessoas com esta patologia (deVRIES & Delespaul, 1989).

Segundo Delespaul (1995), o uso desta metodologia produz múltiplas vantagens: a avaliação do contexto, constituindo uma excelente ferramenta para estudar a interação com as características contextuais; o acesso à flutuação emocional das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, pois se não fosse utilizado o *ESM*, com a apatia demonstrada frequentemente nas entrevistas clínicas, não se tiravam conclusões sobre a patologia (Delespaul, 1995); ausência de interferências de desejabilidade social e efeitos não mensuráveis de defesas pessoais (deVRIES, 1992); Tempos encurtados nas respostas; obtenção de grande quantidade de dados, mesmo com amostras reduzidas (Scollon et al., 2003); apreciação de complexidade, riqueza e informação pormenorizada sobre um dia normal (Reis, Charles, & Judd, 2000); minimização de lapsos de memória (Kimhy, Delespaul, Corcoran, Ahn, Yale, & Malaspina, 2006); a explicitação de processos inconscientes nos dados (deVRIES, 1992); acesso à variação no tempo entre a hora em que soou o *beep* e a hora do preenchimento (Myin-Germeys, Oorschot, Collip, Lataster, Delespaul, & van Os, 2009); acesso às contingências de comportamento (Scollon et al., 2003).

Em relação às limitações desta metodologia, são referidas algumas na literatura: a dificuldade de controlar o tempo despendido nas respostas, assim como a ordem pela qual as respostas são dadas (Kimhy et al., 2006). Contudo está provado que não há um período grande de espera, desde que o *beep* toca até ao momento em que é preenchido o questionário (deVRIES, 1992); o *ESM* é demorado e exigente para os participantes (Myin-Germeys et al., 2009); a natureza de determinadas profissões torna difícil a participação de alguns profissionais no estudo pela dificuldade em ouvir o sinal sonoro ou completar o questionário (Scollon et al., 2003); no caso das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, muitos recusam-se a ter um dispositivo que emita um som, pois pensam que controla o seu comportamento, incorrendo numa alucinação (deVries, 1992); o *beep* pode soar em situações pouco apropriadas ao preenchimento dos questionários (por exemplo, a conduzir um carro, a fazer desporto, numa missa, a nadar); a privacidade dos participantes é invadida, mais do que em qualquer

outra metodologia (Scolon et al., 2003); pode ser aplicado apenas em populações alfabetizadas (Csikszentmihalyi & Larson, 1987).

Este estudo insere-se numa investigação mais alargada sobre a experiência subjetiva em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, sob a coordenação da professora Teresa Freire. Um primeiro estudo foi primeiramente realizado por Catarina Iglésias, apresentado na sua dissertação de mestrado intitulada “a qualidade da experiência subjetiva no dia-a-dia e a satisfação com a vida em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia”, realizada em Junho de 2010, sob orientação da professora Teresa Freire.

O presente estudo, utiliza os mesmos participantes e os dados do questionário sociodemográfico do estudo anterior de Iglésias (2010), contudo, abordando novas questões e variáveis centradas nas emoções e afetividade das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, em função das atividades, lugares e companhias, bem como a sua relação com o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida.

## **Parte II- ESTUDO EMPÍRICO**

### **1. Identificação dos Objetivos de investigação**

#### **1.1. Objetivo geral:**

Analisar dimensões psicossociais do funcionamento positivo em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia

#### **1.2. Objetivos específicos:**

- 1.2.1. Analisar a valência positiva e negativa da afetividade em função das experiências ocorridas na companhia, atividades e lugares na vida diária de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia (medidas em tempo real);
- 1.2.2. Analisar a relação entre níveis gerais de bem-estar psicológico, satisfação com a vida e afetividade em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia (medidas de autorrelato retrospectivas)

### **2. Método**

#### **2.1. Participantes**

A realização do estudo pautou-se pela presença de 14 pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, há pelo menos 3 anos. Os participantes estavam sob efeito de medicação, não estavam

num episódio agudo da doença, estando assim estáveis sob o ponto de vista psiquiátrico. Encontravam-se a viver em comunidade, fazendo parte da amostra, as pessoas que tinham realizado ou estavam no presente a realizar atividades de projetos de reabilitação desenvolvidos pela instituição. O critério de seleção desta amostra foi de conveniência e incluiu 7 participantes do sexo masculino e 7 participantes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 29 anos e os 52 anos, sendo a média de idades de 37,4 anos ( $DP = 7,3$ ). Quanto ao grau de escolaridade, verificou-se que 43% dos participantes estudou até ao 2º ciclo e outros 43% até ao ensino secundário. O nível socioeconómico é médio para 74% dos participantes, 21% insere-se num nível baixo e 5,4% num nível elevado. Em relação ao estado civil, 93% dos participantes são solteiros e 7% divorciados. No que concerne a situação laboral, 50% dos participantes encontram-se ativos e os restantes 50% inativos (Iglésias, 2010).

## 2.2. Instrumentos

- Questionário sociodemográfico construído para o efeito

Foi construído um questionário de dados sociodemográficos, com o objetivo de se obter dados informativos dos participantes em termos de sexo, idade, nível educacional, situação laboral, nível socioeconómico e estado civil. Os participantes responderam a cada item, assinalando categorias previamente definidas (sexo, nível socioeconómico e estado civil) e respostas abertas (idade, nível educacional e situação laboral).

- *Experience sampling method*

Este instrumento permitiu ver à variação das experiências subjetivas do dia-a-dia das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Os participantes transportavam um aparelho eletrónico, que emitia oito sinais acústicos diários e aleatórios, entre as 9 horas e as 22 horas, com um intervalo mínimo de 30 minutos, durante 7 dias seguidos. A cada sinal (*beep*) os participantes preenchiam um questionário de autorrelato. Na programação do horário do dispositivo, foi tida em conta as características da população em estudo e salvaguardado o horário de sono para que o dispositivo não tocasse neste período.

Os questionários eram organizados em blocos, o que perfazia um total de 7, pautavam-se por perguntas abertas que tentavam aceder a pensamentos, local de preenchimento, as companhias, as atividades e a importância da mesma para os seus objetivos de vida e sensações por elas despoletadas, conteúdos de pensamentos e a altura em que foi preenchido o questionário qual o evento mais importante que aconteceu desde o último *beep*.

Pautava-se também por algumas escalas de likert (0-12), que mediam várias dimensões das situações percebidas pelos participantes, incluindo o afeto (feliz, bem disposto, sociável e amigável), a ativação (alerta, ativo, forte, excitado) e eficiência cognitiva (concentração, facilitadores da concentração, consciência, humor) e motivação (vontade de fazer a atividade, controlo, sentimento de envolvimento).

Este instrumento permitiu recolher várias variáveis, contudo só foram analisadas algumas, nomeadamente, os afetos, atividades, companhias e lugares.

A validade e a fidelidade do *ESM* são testadas e confirmadas na avaliação das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia (Csikszentmihalyi & Larson, 1987).

- Escalas de afeto negativo e afeto positivo (*PANAS*)

Desenvolvido por Watson, Clark e Tellegen (1988) e adaptado e validado para a população portuguesa por Galinha e Ribeiro (2005), *O PANAS* cumpriu o propósito da recolha de dados referentes ao afeto positivo e afeto negativo. Segundo, Galinha e Ribeiro (2005) esta escala de afeto negativo e afeto positivo, consistia num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. O questionário é assim constituído, nesta versão portuguesa, por 20 itens descritores de emoções positivas e negativas, duas subescalas (o afeto positivo e o afeto negativo) e com uma escala de likert de 1 a 5 pontos, onde os participantes pontuariam as emoções experienciadas “geralmente”, uma vez que há vários tempos de resposta utilizados pelos autores, concretamente: “neste momento”; “hoje”; “durante os últimos dias”; “durante a última semana”; “durante as últimas semanas”; “durante o último ano” e “geralmente” (Watson et al., 1988).

Estas emoções são as mais representativas do léxico emocional dos portugueses e que simultaneamente são mais fiéis à estrutura do *PANAS* original, (Galinha & Ribeiro, 2005). Os afetos positivos que configuram o *PANAS*, são: interessado; excitado; agradavelmente surpreendido; caloroso; entusiasmado; orgulhoso; encantado; inspirado; determinado; ativo. No que concerne aos afetos negativo, são: repulsa; assustado; culpado; perturbado; atormentado; irritado; remorsos; nervoso; trémulo e amedrontado. Os autores encontraram consistência interna adequada (através do *alpha de cronbach*) de 0.86 para a escala do afeto positivo e de .89 para a escala de afeto negativo (Galinha & Ribeiro, 2005). A correlação entre as subescalas de afeto positivo e afeto negativo, situou-se perto do zero ( $r = 0,10$ ), determinando a ortogonalidade entre as subescalas (Galinha & Ribeiro, 2005).

- Escala de bem estar-psicológico (EBEP) – versão reduzida

Construída por Ryff (1989) e denominada por SPWB (Scale of psychological well-being) foi adaptada para a população portuguesa por Novo, Silva e Peralta (1997), adquirindo o nome de EBEP. As Escalas de Bem-estar Psicológico, são formadas por 6 dimensões, que são os componentes do bem-estar: aceitação de si, autonomia, crescimento pessoal, domínio do meio, objetivos de vida e relações interpessoais. As seis escalas, construídas e validadas como medidas independentes, podem ser aplicadas conjuntamente. As escalas são apresentadas como um inventário de auto-avaliação que resulta de uma mistura alternada dos itens que lhe são correspondentes. Estes últimos caracterizam-se por afirmações de carácter descritivo sendo que, a modalidade de resposta foi do tipo Likert, com seis categorias; 1- Discordo completamente; 2- Discordo em grande parte; 3- Discordo parcialmente; 4- Concordo parcialmente; 5- Concordo em grande parte; 6- Concordo completamente. Por forma a controlar a tendência para a aquiescência e por razões teóricas relativas ao construto a avaliar, cerca de

metade dos itens de cada escala são positivos e outra metade negativos. Os itens positivos identificam características positivas, convergentes à dimensão a que correspondem e são cotados com a pontuação correspondente à resposta assinalada (pontuação ordenada de 1 a 6). Os itens negativos identificam características negativas à condição de bem-estar e são cotados com uma pontuação em escala inversa (pontuação reordenada de 6 a 1). O resultado final de cada escala permite identificar o grau de intensidade das características, teoricamente, subjacentes ao domínio avaliado.

Na sua versão original, as escalas de Bem-Estar Psicológico constituem-se por um conjunto de 20 itens por escala (120 ao todo) (Ryff, 1989). Contudo neste estudo foi utilizada a versão reduzida de 3 itens por escala, com um total de 18 itens. Esta nova forma, apresenta valores de correlação entre escalas, que variam entre 0.70 e 0.89 (Ryff & Keyes, 1995). Num primeiro estudo de validação entre a versão original (língua inglesa) e a versão experimental (língua portuguesa) verificou-se a equivalência de conteúdos entre estas duas versões e índices de consistência interna e temporal, adequados das diversas medidas (*alpha de Cronbach* entre 0.74 e 0.86 para as seis escalas e 0.93 para o conjunto das escalas) (Ryff & Essex, 1992).

- Escala de satisfação com a vida (ESV)

Diener e seus colaboradores (1985) desenvolveram a SWLS (Satisfaction with life scale), para responder à necessidade de uma escala multi-item para medir a satisfação com a vida enquanto processo cognitivo. Contudo foi validada para Portugal por Neto, Barros, Barros (1990 *cit in* Almeida, Santiago, Silva, Caetano, & Marques, 1990) Escala de Satisfação com a Vida (ESV), versão utilizada neste estudo. Os itens da escala de satisfação com a vida são globais e não específicos, permitindo que os entrevistados possam aceder aos vários domínios das suas vidas (saúde, trabalho, relações sociais) em termos dos valores definidos por eles próprios, chegando-se a um julgamento global de satisfação com a sua vida, por isso esta escala é unifatorial (Pavot & Diener, 1993) e por isso contribui para 53,1% da variância (Neto, Barros & Barros, 1990 *cit in* Almeida, Santiago, Silva, Caetano & Marques, 1990). Constituída por 5 itens, que são avaliados numa escala de tipo likert 1 a 7 pontos. O maior valor da escala representa o maior grau de satisfação com o item correspondente. Os 5 itens são: 1) a minha vida parece em quase tudo com o meu ideal de vida; 2) as minhas condições de vida são excelentes; 3) estou satisfeito com a minha vida; 4) até agora tenho conseguido as coisas mais importantes da vida que eu desejava; 5) se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada (Wu & Wu, 2007). A versão portuguesa da escala revelou características psicométricas adequadas (Neto & Barros, 2001). A consistência interna de .79, obtida através do índice do *alfa de Cronbach*, foi atestada (Wu e Wu, 2007), bem como confirmada a validade de construto (as correlações entre os itens são satisfatórias) (Wu & Wu, 2007).

### 2.3. Procedimentos

Foram utilizados os procedimentos da investigação anterior de Iglésias (2010), na qual foram contactados 23 sujeitos, dos quais sujeitos 6 recusaram-se a participar, 3 desistiram ao fim dos



primeiros dois dias, restando os 14 sujeitos, que fizeram parte da amostra. Foram marcadas reuniões na Casa de Saúde em que se realizou a recolha de dados para a explicação do objetivo de estudo, assinatura do consentimento informado para a recolha de dados, entrega dos dispositivos eletrónicos e blocos de questionários (num total de 7 blocos por participante, um por cada dia da semana) terminando-se com a explicação do procedimento relativo ao preenchimento dos blocos de questionários. Já que existiam quatro instrumentos a serem aplicados, contrabalançou-se a ordem de aplicação para não se influenciarem mutuamente. Assim, 50% dos participantes iniciaram o preenchimento do *ESM* antes do *PANAS*, *EBEP* e *ESV* e os restantes 50% começaram com o *PANAS*, *EBEP* e *ESV* e posteriormente iniciaram o *ESM*. Contudo, ambos os grupos eram homogêneos em termos de número de participantes, sexo, idade e habilitações literárias.

Ao fim da semana dada para o preenchimento dos blocos, foram recolhidos os dispositivos e feita uma pequena entrevista individual aos participantes de forma a avaliar questões relacionadas com a realização dos questionários, dificuldades sentidas, opiniões dos participantes ao longo da semana.

### **3. Análise estatística dos Dados**

Os dados eram de cariz quantitativo e a sua análise estatística foi feita pelo *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20. Os dados obtidos foram analisados ao nível da resposta por momento (*beep-level*) e por sujeito (*subject-level*) (Larson & Delespaul, 1992). Prosseguiu-se esta primeira análise (*beep-level*) devido ao número reduzido de sujeitos e porque o objetivo do estudo era explorar os momentos da vida dos participantes em que sentiam afetividade positiva e negativa, transformando-se, para o efeito, os dados em notas z, pois ajudam a tornar os dados mais precisos, mais facilmente mensuráveis e uniformizados, uma vez que são usadas medidas repetidas por sujeito facilitando a comparação de médias, ajustando a amostra (Larson & Delespaul, 1992). A segunda análise (*subject-level*) é feita uma vez que existem medidas agregadas de um determinado período de tempo para cada sujeito (deVRIES, 1992).

O tratamento dos dados qualitativos foi feito através de uma análise de conteúdo categorial, utilizando-se as categorias previamente definidas pela equipa de investigação, coordenada pela prof<sup>ª</sup> Teresa Freire, para as atividades, lugares e companhias. As análises do conteúdo das respostas abertas foram deixadas ao cuidado de dois investigadores, com instrução prévia de cotação. O kappa de Cohen foi utilizado para avaliar o grau de concordância entre os dois avaliadores relativamente às questões qualitativas acerca das companhias, atividades e lugares. Os valores do Kappa de Cohen para estes três itens situaram-se entre 0.83 e 0.97, o que segundo Landis e Koch (1977), correspondem a um grau de concordância quase perfeito. Finalmente, chegado o consenso da codificação destas categorias, estas servem de base para as análises a serem feitas neste estudo.

#### 4. Apresentação dos Resultados

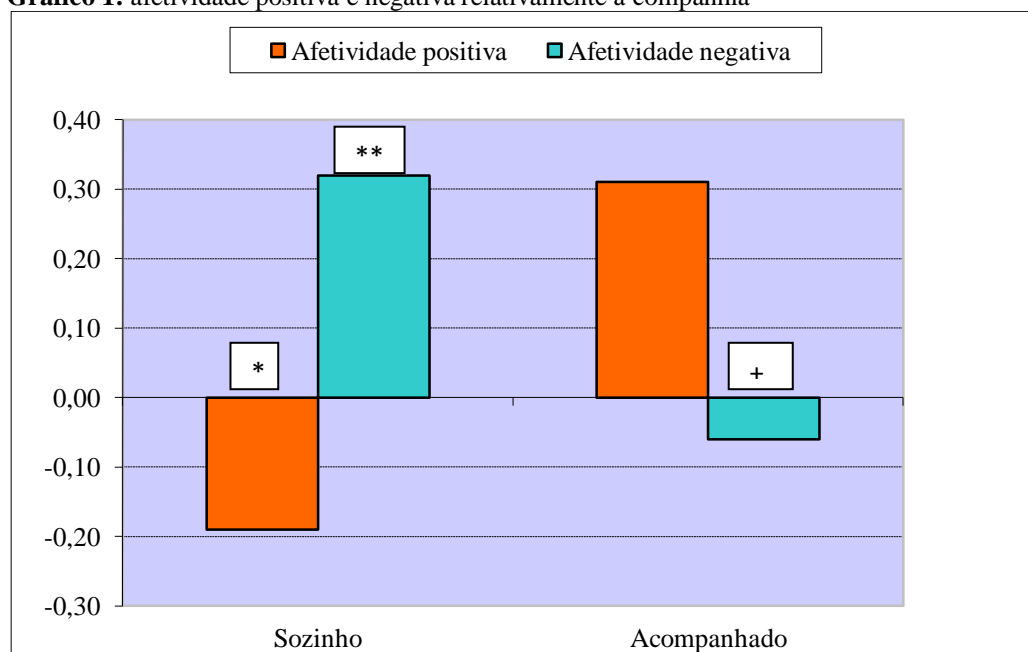
Num total de 784 *beeps* programados, resultaram 616 respostas efetivas (78,6%), respostas dadas até 20 minutos após o sinal acústico, o que perfaz uma média de 44 *beeps* respondidos por cada participante ( $Min = 34$ ;  $Max = 56$ ) ao longo de uma semana. Neste ponto serão apresentados os relativos ao estudo empírico. No que concerne aos dados qualitativos, é de salientar que o processo de categorização e recodificação feitas pela equipa de investigação, permitiu neste estudo o acesso às principais atividades realizadas pelas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, lugares frequentados e companhias. A atividades mais assinalada num total de 33,9% dos *beeps* foi “tempos livres” (ver televisão, ouvir rádio e jogar jogos), seguida dos “cuidados com o próprio” (necessidades fisiológicas, cuidados pessoais, médicos e outras coisas da vida pessoal), num total de 17,2 dos *beeps*, e por último “pensar” (pensar no trabalho) com 15,6% do total de *beeps*. No que concerne à categoria lugares, o mais frequentado é “a casa do próprio” (46,7%), segue-se a “casa de outros” com um total de 22,4% dos *beeps* e por último “local de trabalho” (16,7%). Na categoria companhia, a variável “sozinho” é superior no total de *beeps* (75,7%) à variável “acompanhado”, que corresponde a um total de 22% dos *beeps*. Relativamente aos dados quantitativos, cujos resultados são os seguintes:

##### (Medidas em tempo real)

#### 4.1 Análise da valência positiva e negativa da afetividade em função da companhia

Foram realizadas análise de frequências e utilizado o *One Sample T-TEST* ( $M = 0$ ), os dados utilizados foram relativos ao momento *beep-level*, para avaliar a existência ou não de diferenças significativas entre a afetividade positiva em função da companhia, os dados obtidos estão no seguinte gráfico:

**Gráfico 1:** afetividade positiva e negativa relativamente à companhia



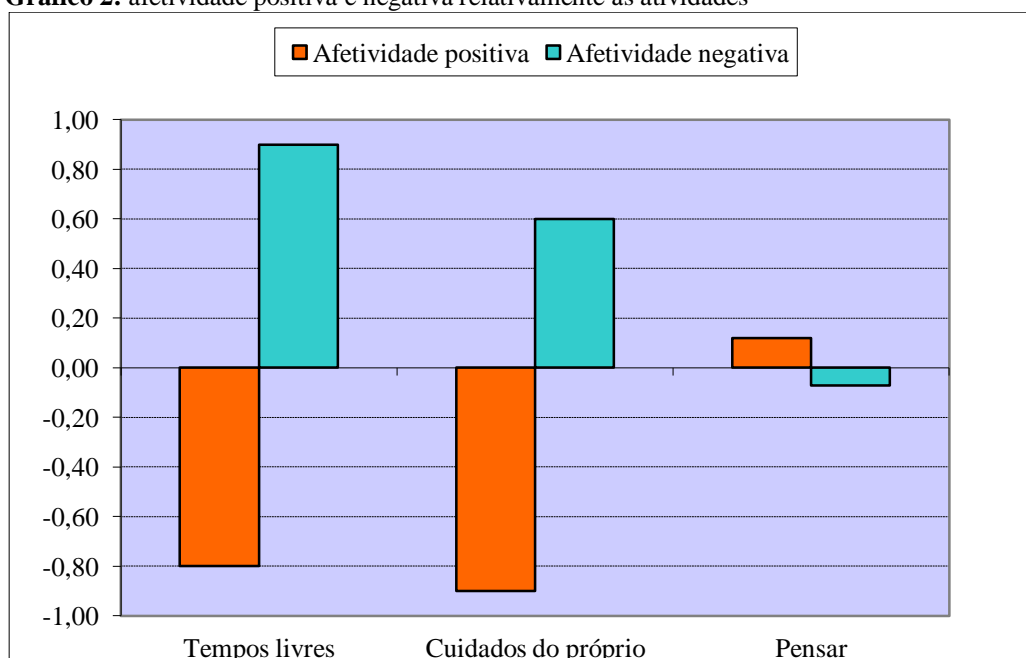
\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; + $p < +0.10$

Verificou-se que na variável “sozinho”, a afetividade positiva encontra-se significativamente abaixo da média [ $M = -19$ ,  $DP = .75$ ,  $t(125) = -2,9$ ,  $p < .004$ ]. Já na afetividade negativa ocorre o inverso, pois está significativamente acima da média [ $M = .32$ ,  $DP = .86$ ,  $t(123) = 4.09$ ,  $p < .001$ ]. A variável acompanhado a afetividade positiva encontra-se na média [ $M = .31$ ,  $DP = .8$ ,  $t(412) = .76$ ,  $p = .45$ ]. No que concerne à afetividade negativa esta encontra-se marginalmente abaixo da média [ $M = -.06$ ,  $DP = .73$ ,  $t(413) = -.1,73$ ,  $p < .084$ ].

#### 4.1.1 Análise da valência positiva e negativa da afetividade em função das atividades

Realizou-se uma análise de frequências e *One Sample T-Test* ( $M = 0$ ) com os resultados em notas Z, para perceber a existência ou não de diferenças significativas entre a afetividade positiva e negativa ao nível das três atividades mais frequentes: “tempos livres”, “cuidados do próprio”, “pensar”. Os resultados estão demonstrados no gráfico que se segue:

**Gráfico 2:** afetividade positiva e negativa relativamente às atividades

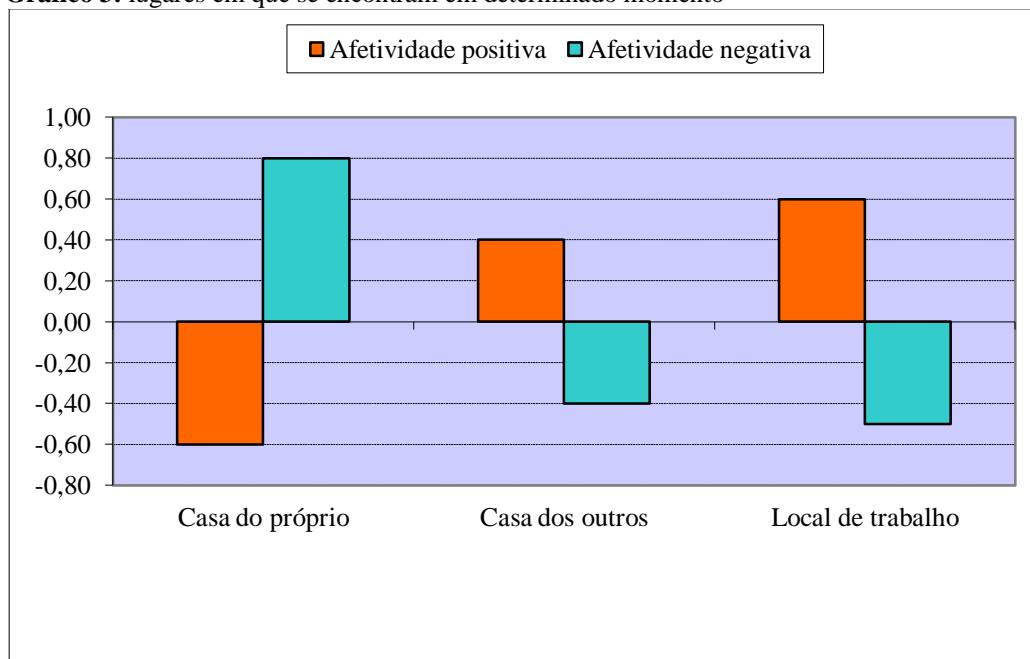


Relativamente à atividade “tempos livres” a afetividade positiva encontra-se abaixo da média [ $M = -.08$ ,  $DP = .81$ ,  $t(190) = -1.34$ ,  $p = .181$ ], para a mesma variável a afetividade negativa encontra-se igualmente acima da média [ $M = .09$ ,  $DP = .74$ ,  $t(192) = 1.65$ ,  $p = .100$ ]. Na segunda atividade “cuidados do próprio”, a afetividade positiva encontra-se abaixo da média [ $M = .09$ ,  $DP = .88$ ,  $t(90) = .958$ ,  $p = .341$ ], já a afetividade negativa encontra-se na média [ $M = .06$ ,  $DP = .84$ ,  $t(96) = .762$ ,  $p = .448$ ]. Na terceira atividade “pensar” a afetividade positiva encontra-se acima da média [ $M = .12$ ,  $DP = .76$ ,  $t(82) = 1,39$ ,  $p = .169$ ], no tocante à afetividade negativa, esta encontra-se abaixo da média [ $M = -.07$ ,  $DP = .86$ ,  $t(76) = -.710$ ,  $p = .480$ ]. em suma: não se obteve dados estatisticamente significativos.

#### 4.1.2 Análise da valência positiva e negativa da afetividade em função dos Lugares

Foram realizadas análise de frequências e utilizado o *One Sample T-Test* ( $M = 0$ ), os dados utilizados foram relativos ao momento *beep-level*, para avaliar a existência ou não de diferenças significativas entre a afetividade positiva e negativa relativamente aos três principais locais que frequentam: casa do próprio, casa dos outros, local de trabalho. Seguem-se os resultados obtidos:

**Gráfico 3:** lugares em que se encontram em determinado momento



Verificou-se que na variável “casa do próprio”, a afetividade positiva encontra-se a baixo da média [ $M = -.06$ ,  $DP = .86$ ,  $t(266) = -1.22$ ,  $p = .222$ ] e a afetividade negativa encontra-se acima da média [ $M = .80$ ,  $DP = .81$ ,  $t(263) = 1.60$ ,  $p = .111$ ]. Para a variável “casa dos outros”, a afetividade positiva encontra-se acima da média [ $M = .04$ ,  $DP = .80$ ,  $t(120) = .580$ ,  $p = .563$ ], enquanto a afetividade negativa está a baixo da média [ $M = -.04$ ,  $DP = .69$ ,  $t(124) = -.691$ ,  $p = .491$ ]. No tocante à variável “local de trabalho”, a afetividade positiva encontra-se acima da média [ $M = .06$ ,  $DP = .75$ ,  $t(85) = .716$ ,  $p = .476$ ], já a afetividade negativa encontra-se a baixo da média [ $M = -.05$ ,  $DP = .86$ ,  $t(84) = -.58$ ,  $p = .57$ ]. Não há dados estatisticamente significativos

#### (Medidas de autorrelato retrospectivas)

#### 4.2 Análise da relação entre medidas globais de bem-estar psicológico, satisfação com a vida e afetividade positiva e negativa do PANAS

Foi realizado um teste de correlação de *Pearson* entre satisfação com a vida, afetividade positiva e negativa do *PANAS* e bem-estar psicológico (tabela 2). Contudo pretendeu-se primeiro perceber através de medidas descritivas quais os valores que os participantes apresentavam para as variáveis em causa (tabela 1):

**Tabela 1:** medidas descritivas de cada medida global

	Média	Desvio Padrão	Escala de resposta	Ponto médio da escala de resposta
Bem-estar psicológico total	3,93	.76	1 – 6	3,5
Satisfação com a vida	3,85	1,60	1 – 7	4
Afetividade negativa ( <i>PANAS</i> )	1,95	.68	1 – 5	3
Afetividade positiva ( <i>PANAS</i> )	3,15	.67	1 – 5	3

As pessoas com diagnóstico de esquizofrenia apresentam um nível de bem-estar psicológico global acima do ponto médio da escala utilizada ( $M = 3,93$ ,  $DP = .76$ ), o que denota valores positivos de bem-estar. No que diz respeito à satisfação com a vida, os participantes de acordo com a escala utilizada consideram-se ligeiramente insatisfeitos com a sua vida, uma vez que o valor médio obtido encontra-se ligeiramente abaixo do ponto médio da escala utilizada ( $M = 3,85$ ,  $DP = 1,60$ ). Ao nível da afetividade negativa (*PANAS*) a média é demasiado baixa, ( $M = 1,95$ ,  $DP = .68$ ) pois está distante do ponto médio. No entanto, a afetividade positiva (*PANAS*), sentida pelos participantes, a média encontrada está ligeiramente acima do ponto médio da escala ( $M = 3,15$ ,  $DP = .67$ ).

Relativamente à correlação entre satisfação com a vida e afetividade positiva e negativa do *PANAS*, os seguintes resultados foram analisados ao nível da resposta:

**Tabela 2:** coeficiente de Correlação de *Pearson* ( $r$ ) entre a satisfação com a vida, afetividade negativa e positiva e bem-estar psicológico

	Satisfação com a vida	Afetividade positiva (panas)	Afetividade negativa (panas)	Bem-estar Psicológico
Satisfação com a vida	-	.764**	-.178	.727
Afetividade positiva (panas)		-	-.141	.479
Afetividade negativa (panas)			-	-.554*
Bem-estar psicológico				-

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .001$

O teste estatístico realizado, revelou alguns resultados estatisticamente significativos. Assim, no que diz respeito à associação entre a variável satisfação com a vida e a afetividade positiva do *PANAS*, verificou-se que existe uma correlação positiva significativa entre as duas variáveis,  $r = .764$ ,

$p = .001$ . Assim, maior satisfação com a vida está associada a maior afetividade positiva. O mesmo não acontece quando se correlaciona a satisfação com a vida com a afetividade negativa, ou seja, não há correlação significativa entre as variáveis,  $r = -.178$ ,  $p = .544$ . Contudo, a satisfação com a vida está significativa e positivamente correlacionada com o bem-estar psicológico,  $r = .727$ ,  $p = .003$ , assim, maior satisfação com a vida está associada a maior bem-estar psicológico.

Quanto à afetividade do *PANAS*, há uma correlação negativa significativa entre a afetividade negativa do *PANAS* e o bem-estar psicológico,  $r = -.554$ ,  $p = .040$ . Maior afetividade negativa está associada a menor bem-estar psicológico.

## 5. Discussão dos Resultados

O presente estudo exploratório teve como principal objetivo perceber a afetividade positiva e negativa na vida diária das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia e a sua relação com o funcionamento positivo.

Nos resultados obtidos neste estudo, no que concerne a afetividade em função das companhias, pôde-se verificar o predomínio da negativa quando os sujeitos se encontravam sozinhos. Isto vai ao encontro da literatura que infere que o isolamento social pode constituir um elemento perturbador para as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, na medida em que aumenta a experiência da afetividade negativa, exatamente ao contrário do estar acompanhado, que é um fator que por si só aumenta a afetividade positiva (deVRIES & Delespaul, 1992). Corroborando esta afirmação, Larson e Delespaul (1992), afirmaram que as pessoas com este diagnóstico demonstram sentir estados mais positivos quando estão na companhia de um grupo pequeno, o que explica que a média da afetividade positiva dos momentos passados acompanhados seja elevada. O fato de ser marginalmente significativa a afetividade negativa para a variável acompanhados, pode ser explicada por Delespaul (1995), que afirma, que as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia sentem-se melhor em pequenos ambientes sociais, ora se houver festas, comemorações em casa destes, as multidões de pessoas vão ser extremamente problemáticas, devido ao demasiado contato social e elevada expressividade emocional (Delespaul, 1995).

Quando se fala da afetividade em função das atividades, apesar de não se ter obtido dados estatisticamente significativos, neste estudo empírico, é tendencialmente negativa quando as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia realizam ações que tenham a ver com tempos livres, tais como: ver televisão, ouvir rádio e jogar jogos. Como deVRIES e Delespaul (1989) afirmaram nos seus estudos, as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia passam muito tempo em casa não ocupando o seu tempo livre com atividades significativas, ao contrário das pessoas sem a patologia que utilizavam o triplo do tempo em atividades de lazer, ativas e promotoras de bem-estar, como praticar atividades desportivas, ir a eventos, festas, teatro, cinema, passear, ir a eventos desportivos. No entanto, os resultados do presente estudo empírico podem, também ser explicados tendo em conta o estudo de Cardoso e seus colaboradores (2006), que referiram que pessoas com este diagnóstico encontram-se muito concentrados e despendem muito tempo, quando estão a pintar, ouvir música e jogar playstation, ou seja: na realização de atividades passivas, pouco impulsionadoras de um funcionamento positivo.

A afetividade é tendencialmente positiva no que concerne à atividade “cuidados com o próprio”, que abrange necessidades fisiológicas, cuidados pessoais e médicos: tais como a toma da medicação e idas ao médico, pois as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, com insight sobre a sua patologia, sabem que é o que as mantém “*na realidade afastando os sintomas*”, que estas atividades não exigem grande contato social e que o profissional de saúde tem a função de os ajudar (Jansson & Parnas, 2007). Quanto ao resultado obtido, na atividade “pensar”, apesar de não ser significativo, a afetividade é tendencialmente positiva tendo em conta a literatura existente. No que diz

respeito aos estados mentais, deVRIES (1992), concluiu que os pensamentos das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia são totalmente diferentes dos sujeitos sem patologia, uma vez que são os pensamentos abstratos que prevalecem, preocupações específicas sobre a saúde, o passado e familiares. Contudo, na população normativa os pensamentos eram sobre trabalho, lazer e cuidados do próprio. No presente estudo empírico, verificou-se a propensão que as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia tinham para estar a pensar em trabalho, em 100% das vezes em que o *beep* soou, ou seja: têm o pensamento que supostamente, segundo deVRIES (1992), pertence às pessoas sem patologia. Ora, face ao exposto, tal pode significar que o trabalho para as pessoas com este diagnóstico, mesmo que não remunerado é uma possibilidade de distração dos sintomas, contribuindo, para a melhoria do estado mental, surgimento de emoções positivas, bem-estar e satisfação com a vida (Cardoso e seus colaboradores 2006). Numa outra vertente, pode significar ainda, que estas pessoas estão cognitivamente mais ativas do que se pensava a partir do estudo de deVRIES (1992).

Relativamente à afetividade em função do lugar, embora, também, não se tenham obtidos dados significativos, é de salientar, no que concerne à “casa do próprio” que a afetividade que prevalece é tendencialmente negativa, o que pode ser explicado por passarem a maior parte do tempo sozinhos e em casa, sendo também plausível a explicação de que os pacientes ao sentirem-se estigmatizados e alvo de incompreensão pública e a impressão negativa que os outros têm delas “*pessoas com doença mental são violentas e incapazes de funcionar independentemente*”, propicie o isolamento e aumento de recaídas (Lysaker, Roe, & Yanos, 2007). Contudo, outra explicação dada por Tomkins (1963) pode ser tida em conta, este autor referiu que as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia sentem-se incomodadas com as manifestações de intimidade e afeto dos que os rodeiam, principalmente dos familiares pelos níveis elevados de expressividade emocional, superproteção e contato físico, pois as pessoas com este diagnóstico, não sabem como lidar com essa expressividade emocional por parte dos familiares ou outras pessoas próximas (Delepaul, 1995), logo prevalecendo a afetividade negativa. Isto parece sugerir que num grupo maior, onde as pessoas são menos próximas e não são o foco das atenções, menos manifestações de afeto serão demonstradas, podendo-se pressupor que a afetividade positiva prevaleça quando em “casa dos outros”.

Por fim, no “local de trabalho” parece ser a afetividade positiva que prevalece. Autores como Betensky et al. (2008), num estudo mais recente, afirmam que afinal as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia têm uma necessidade compulsiva de estarem envolvidos em atividades construtivas, o que lhes permite sentir bem-estar, autoestima e afeto positivo, o que só demonstra a importância de atividades de caráter profissional neste tipo de população, para a redução do tempo ocioso e o aumento paulatino do contato social das pessoas com esta psicopatologia, que as permite desenvolver e melhorar sintomas positivos da doença, pois o desempenho de uma atividade profissional remunerada cria o sentimento de ser útil, sentimentos de responsabilidade, de valorização e bem-estar (Jansson & Parnas, 2007; Durão & Sousa, 2006).



Relativamente às medidas retrospectivas globais, verificou-se que apesar da satisfação com a vida estar ligeiramente abaixo da média, isso pode ser explicado por dois pontos de vista, por um lado tendo em conta as limitações do próprio questionário de autorrelato retrospectivo da satisfação com a vida, como por exemplo: lapsos de memória e falta de precisão nas respostas, pois os entrevistados devem aceder à memória e recordar um conjunto completo de eventos que aconteceram e selecionam entre eles os mais relevantes (pois não conseguem lembrar de tudo o que aconteceu, porque há um período refratário entre a evocação da resposta e o acontecimento), fazendo com que muitas vezes as respostas sejam pouco eficientes, logo os resultados do questionário não são tão rigorosos, como se fossem medidos por um instrumento da vida diária. (Reis & Gable, 2000)

Por outro lado, pode-se inferir que estes resultados ligeiramente abaixo da média, deve-se ao fato de se sentirem estigmatizados pela patologia que possuem e principalmente por não terem conseguido as coisas mais importantes da vida que desejavam (Jansson e Parnas, 2007). Por outras palavras: parece que aquilo que projetaram como possível para as suas vidas, não corresponde ao que foram conseguindo obter até ao momento presente (Iglésias, 2010), talvez pelo aparecimento da patologia. É de salientar que as outras variáveis do funcionamento positivo, tais como: o bem-estar psicológico e a afetividade positiva estão acima da média e a afetividade negativa muito abaixo da média, esta última variável vai de encontro à literatura existente, pois muitos autores consideravam o diminuído afeto positivo uma característica predominante na esquizofrenia (Blanchard et al., 1998; Horand et al, 2008, suslow et al., 2003). Contudo pode-se supor que a vasta medicação que tomam (ansiolíticos, antidepressivos e neuroléticos) venha “amortecer” os sintomas positivos, fazendo com que se sintam melhor, logo a afetividade negativa baixa.

Portanto, este estudo empírico aponta para que, mesmo as pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, conseguem sentir bem-estar psicológico, experienciar emoções positivas, ou seja têm um funcionamento psicológico positivo, como a maior parte da população normativa (Fernandes, 2007)

Finalmente, no que diz respeito às correlações realizadas entre a variável satisfação com a vida e a afetividade positiva do *PANAS*, verificou-se que existe uma correlação positiva significativa entre as duas variáveis, o que é justificado pelo facto da afetividade positiva ser um componente emocional da satisfação com a vida (Pavot & Diener, 1993). Já na correlação entre afetividade negativa do *PANAS* e o bem-estar psicológico, há uma correlação negativa significativa, mostrando que, quanto maior o bem-estar psicológico, menor é a afetividade negativa. O estudo de Ferreira (2010), com 106 participantes, demonstrou que as variáveis com mais poder preditivo do bem-estar psicológico são os afetos negativos e os afetos positivos. Assim como, Gasper (2010), demonstra que o afeto positivo está profundamente associado ao bem-estar.

As pessoas com níveis de bem-estar psicológico mais altos parecem ser mais sociáveis e produtivas e com predomínio de emoções positivas (Lyubomirsky, King & Diener, 2005).

## 6. Conclusão e implicações para a Psicologia Clínica

Pessoas com diagnóstico de esquizofrenia são frequentemente vistas como incapazes, doentes, desprovidas de emoções positivas e da capacidade de as experienciar e expressar, sendo discriminadas pela sociedade. Os dados obtidos neste estudo, permitem levantar novas questões, como por exemplo, que os pacientes com esquizofrenia são mais emocionalmente ativos do que tem sido assumido, com base em observações comportamentais e análises retrospectivas (Myin-Germeys, et al., 2000), que gostam de ocupar o seu tempo com atividades construtivas e até mesmo com o exercer de uma profissão.

Apesar de resultados empíricos que mostram que o nível geral de psicopatologia, influência fortemente o bem-estar dos pacientes, as emoções, afetividade e a satisfação com a vida, a literatura também vai demonstrando que os afetos podem ter um efeito significativo sobre o bem-estar psicológico. Estes dados revestem-se de particular interesse para a prática clínica, pois demonstram que ambos, afetos negativos e positivos, devem ser trabalhados de forma complementar na promoção do bem-estar psicológico e satisfação com a vida.

Existindo um corpo de conhecimentos reduzido acerca dos fatores promotores do desenvolvimento e funcionamento positivo das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, este estudo pretendeu contribuir para o conhecimento do funcionamento positivo, nomeadamente do bem-estar psicológico, da satisfação com a vida e dos afetos em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia.

Analisando a presente investigação de um ponto de vista crítico, podemos detetar a presença de algumas limitações, quer metodológicas, quer teóricas. No que concerne às limitações metodológicas, torna-se pertinente salientar a dimensão da amostra de participantes, uma vez que no presente estudo foram apenas avaliadas 14 pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, o que impossibilita generalizar os dados à população e a complexidade da metodologia *ESM*.

Quanto à limitação teórica, surge a necessidade de realçar a escassa literatura, relativamente ao bem-estar psicológico e satisfação com a vida, especificamente relacionadas com quadros psicopatológicos específicos.

Face ao exposto, parece pertinente que estas limitações se tornem num incentivo orientador de futuras investigações aprofundadas do bem-estar psicológico, satisfação com a vida e como estas influenciam e se relacionam com população com diagnóstico de esquizofrenia. Poder-se-ia associar as variáveis supramencionadas à autoestima, ao autoconceito, partindo do pressuposto de que todas são indicadores de um funcionamento psicológico positivo e, porque não, a inclusão do stresse, já que esta população tem um nível de stresse emocional elevado, tornando o estudo mais robusto.

Era importante que o presente estudo empírico fosse replicado junto de amostras mais representativas, para se poder generalizar os resultados.

O estudo foi igualmente inovador, na medida em que foi utilizada uma metodologia “em tempo real” (*ESM*) e muito útil para aceder à experiência subjetiva, de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, permitindo a obtenção de informação verdadeiramente útil para compreender a

psicopatologia, plano de tratamento, bem como criar contextos de vida otimizados. Poder-se-ia criar programas preventivos e promotores do funcionamento psicológico positivo, complementadas por estratégias que promovam emoções positivas, complementadas por estratégias que promovam recursos/características pessoais e estratégias de coping, para que se transformarem em verdadeiras armas para enfrentar problemas.

Em suma: este estudo trouxe informações novas para a literatura já existente, permitindo dar continuidade ao estudo das experiências subjetivas nas pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, permitindo com as informações obtidas, que na prática clínica se promova e otimize qualidades e recursos das pessoas com diagnóstico de esquizofrenia que estas possuem e se aprofunde cada vez mais os estudos com o *ESM*, pelo pormenor e quantidade de informação que proporciona sobre quadros psicopatológicos, para que esta patologia cada vez mais, perca os estigmas e mitos que lhe estão subjacentes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldrich, J., & Tenenbaum, R. (2006). Sadness, anger, and frustration: Gender patterns in early adolescents' and their parents' emotion talk. *Sex Roles*, 55, 775–785.
- \*<sup>i</sup> Averill, J. (1980). A constructionist view of emotion. In R. Plutchik & H. Kellerman, (Eds), *Emotion: theory, research and experience* (pp. 305-339). New York: Academic Press.
- American Psychiatric Association (2006). *DSM-IV-TR- Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (4ª edição)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bae, S., Lee, S., Park, Y., Hyun, M. & Yoon, H. (2010). Predictive Factors of Social Functioning in Patients with Schizophrenia: Exploration for the Best Combination of Variables Using Data Mining. *Korean Neuropsychiatric Association*, 7, (2), 93-101.
- Barclay, C. R. & Wellman, H. (1986). Accuracies and inaccuracies in autobiographical memories. *Journal of Memory and Language*, 25, 93-103
- Barret, L. & Moreau, E. (2009). Affect as a Psychological Primitive. *Adv Exp Soc Psychol*, 41, 167-208
- Barrowclough, C., Tarrier, N., Humphreys, L., Ward, J. & Gregg, L. (2003). *Journal of abnormal psychology* 112 (1), 92-99
- Bellack, A., Green, M., Cook, J., Fenton, W., Harvey, P., Heaton, R., Laughren, T., Leon, A., Mayo, D., Patrick, D., Patterson, T., Rose, A., Stover, E., & Wykes, T. (2006). Assessment of Community Functioning in People With Schizophrenia and Other Severe Mental Illness: A White Paper Based on an NIMH-Sponsored Workshop. *Schizophrenia bulletin* 33 (3), 805-822
- Ben-Zeev, D., Ellington, K., Swendsen, J., & Granholm, E. (2010). Examining a cognitive Model of Persecutory Ideation in the Daily Life of People with schizophrenia: A Computerized Experience sampling study. *Schizophrenia bulletin*, 10, 1-9.
- Berenbaum, H. & Oltmanns, F. (1992). Emotional experience and expression in schizophrenia and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 37-44.
- Betensky, J., Robinson, D., Gunduz-Bruce, H., Sevy, S., Lencz, T., Kane, J., Malhotra, A., Miller, R., McCormack, J., Bilder, R., & Szeszko, P. (2008). Patterns of stress in schizophrenia. *Psychiatric Res.*, 160 (1), 38-46.
- Blanchard, J., Mueser, K & Bellack, A. (1998). Anhedonia, positive and negative affect and social functioning in schizophrenia. *schizophrenia Bulletin*, 24 (3), 413-424
- Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. New York: International Universities Press.
- Burns, R. A. & Machin, M. A. (2010). Identifying gender differences in the independent effects of personality and psychological well-being on two broad affect components of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 48, 22-27.

- Cardoso, C., Caiaffa, W., Bandeira, M., Siqueira, A., Abreu, M., & Fonseca, J. (2006). Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo. *Caderno de saúde pública*, 2 (6), 1303-1314.
- Caron, J., Mercier, C., Diaz, P., & Martin, A. (2005). Socio-demographic and clinical predictors of quality of life in patients with schizophrenia or schizo-affective disorder. *Psychiatric Research*, 137, 203-213.
- Cohen, A. & Minor, K. (2008). Emotional Experience in Patients With Schizophrenia Revisited: Meta-analysis of laboratory studies. *Schizophrenia Bulletin*, 36 (1), 143-150.
- Cowen, L. E. (1994) The enhancement of psychological wellness: Challenges and opportunities. *American Journal of Community Psychology*, 22, 149-179
- Csikszentmihalyi, M. & Larson, R. (1987). Validity and reliability of the Experience Sampling Method. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175 (9), 526-537.
- D'Amato, T. & Karoumi, B (2001). Factores de risco da Esquizofrenia. In J. Dalery & T. D'Amato (Eds). *A ESQUIZOFRENIA: investigações actuais e Perspectivas*. (pp. 40-70). Lisboa: Climepsi editores
- Darwin, C. (1965) *The expression of the emotions in man and animals*. Chicago, IL: University of Chicago Press
- Delespaul, P. (1995). *Assessing Schizophrenia in Daily Life: the Experience Sampling Method*. Maastricht: IPSER Foundation.
- deVRIES, M. & Delespaul, P. (1989). Time, Context, and Subjective Experiences in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15 (2), 233-244
- deVRIES, M. (1992) *The Experience of Psychopathology: investigating mental disorders in their natural settings*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Diener, E. & Emmons, R. (1984). The Independence of Positive and Negative Affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(5), 1105-1117.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49, (1) 71-75
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43
- Dierendonck, D., Díaz, D., Carvajal, R., Blanco, A., & Jiménez, B. (2008). Ryff's Six-factor Model of Psychological Well-being, A Spanish Exploration. *Soc. Indic. Res.* 87, 473-479.
- Durão, A. & Souza, M. (2006). Quotidiano de portadores de esquizofrenia, após uso de um antipsicótico atípico e acompanhamento em Grupo: visão do familiar. *Revista latino-am Enfermagem*, 14 (4), 586-592.
- Dworkin, R. (1992). Affective Deficits and Social Deficits in Schizophrenia: what's what?. *Schizophrenia Bulletin*, 18 (1), 59-64.

- Ekman, P (1992). An argument for basic emotions- Cognition & emotion. *Psychological science*, 6, 169-200.
- \*Fehr, B., & Russel, J. (1984). Concept of emotion viewed from a prototype perspective. *Journal of Experimental Psychology: General*, 113, 464-486.
- Flack, W. & Laird, D (1998). *Emotions in Psychopatolgy- theory and research*. New York: Oxford University Press.
- Fernandes, H. (2007). O bem-estar psicológico em adolescência: uma abordagem centrada no florescimento. Tese de doutoramento. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Ferreira, S. (2010). Estudo da relação entre Bem-estar Psicológico, Auto-conceito, Auto-estima e Afectos em adolescentes: Implicações para a psicologia Clínica. Dissertação de mestrado. Braga: Universidade do Minho
- Freeman, D. (2008). Studying and treating schizophrenia using virtual reality: a new paradigm. *Schizophrenia bulletin*, 34, 605-610.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: the broaden-and-build theory of positive emotions. *American psychologist*, 56, 218-226.
- Freire, T. (2006). Experiências ótimas e lazer: sobre a qualidade da experiencia subjectiva na vida diária. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 2, 243-258
- Freire, T. & Tavares, D. (2011). Influência da autoestima, da regulação emocional e gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. *Revista de psicologia clínica*, 38 (5), 184-8.
- Fridja, N. (1986). *The Emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fridja, N. (1993). *Moods, emotion episodes, and emotions*. In M. Lewis & J. Haviland, (Eds), *Handbook of Emotions*, (pp.381-403). New York: Guilford Press.
- Gable, S. & Haidt, J. (2005) What (and why) is positive psychology?. *Review of General Psychology*, 9 (2), 103-110
- Galinha, I. & Ribeiro, J. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da positive and negative Affect Schedule (PANAS): II- Estudo psicométrico. *Análise psicológica*, 2 (23), 219-227
- Gasper, D. (2010). Understanding the diversity of conceptions of well-being and quality of life. (2010). *The journal of Socio-Economics*, 39, 351-360
- Gendron, M. & Barret, L. (2009). Reconstructing the Past: A Century of Ideas About Emotion in Psychology. *Emotion review*, 1 (4), 313-339.
- González, M.P., Barrull, E. Pons, C. y P. Marteles (1998). *Qué es la emoción?* Acedido em 25 março de 2012: [http://www.biopsychology.org/biopsicologia/articulos/que\\_es\\_la\\_emocion.htm](http://www.biopsychology.org/biopsicologia/articulos/que_es_la_emocion.htm).
- Gruber, J. & Kring, A. (2008). Narrating emotional events in schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*, 117 (3), 520-533).

- Gur, R, Kohler, C., Ragland, J., Siegel, S., Lesko, K., Bilker, W. & Gur, R. (2006). Flat Affect in Schizophrenia: Relation to Emotion Processing and Neurocognitive Measures. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (2), 279-287.
- \*Harrow, M. & Quinlan, D. (1985). *Disordered thinking and schizophrenic psychopathology*. New York: Gardner Press.
- Horan, W., Blanchard, J., Clark, L., & Green, M. (2008). Affective traits in schizophrenia and schizotypy. *Schizophrenia bulletin*, 34 (5), 856-874.
- Iglésias, C. (2010). A qualidade da experiência subjectiva no dia-a-dia e a satisfação com a vida em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Dissertação de mestrado. Braga: Universidade do Minho
- Jacobson, J., & Burchard, S. (1992). *Community living for people with developmental and psychiatric disabilities*. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- Isen, M. (1993). Positive affect and decision making. In M. Lewis & J., Haviland (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp. 261-278). New York: Guilford, Press.
- \*James, W. (1890). *The principles of psychology*. New York: H. Holt and Company.
- James, W. (2007). *What is an emotion?*. USA: Wilder Publications.
- Jansson, L. & Parnas, J. (2007). Competing Definitions of Schizophrenia: What Can Be Learned From Polydiagnostic Studies? *Schizophrenia Bulletin* 33 (5), 1178–1200.
- Kimhy, D., Delepaul, P., Corcoran, C., Ahn, H., Yale, S., & Malaspina, D. (2006). Computerized experience sampling method (ESMc): Assessing feasibility and validity among individuals with schizophrenia. *Journal of psychiatric research*, 40, 221-230
- Kraepelin, E. (1919) Dementia Praecox and Paraphrenia. *Schizophrenia bulletin* 14 (1), 282-329
- Kring, A., Kerr, S., Smith, D., & Neale, J. (1993). Flat affect in Schizophrenia Does Not Reflect Diminished Subjective Experience of Emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 102 (4), 507-517.
- Kring, A. & Earnst, (1999) K. Stability of emotional responding in schizophrenia. *Behavior therapy*, 30, 373-388
- Kring, A. & Bachorowsky, J. (1999). Emotions and psychopathology. *Cognition and Emotion*, 13(5), 575–599.
- Kring, A. & Moran, E. (2008). Emotional Response Deficits in Schizophrenia: Insights from Affective Science. *Schizophrenia Bulletin*, 34 (5), 819-834.
- Landis, J. & Koch, G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Larson, R., & Csikszentmihalyi, M. (1983). The experience sampling method. *New Directions for Methodology of Social and Behavioral Science*, 15, 41-56.

- Larson, R. & Delespaul, P. (1992). Analyzing Experience Sampling data: a guide book for the perplexed. In deVRIES, M. (Eds) *The Experience of Psychopathology: investigating mental disorders in their natural settings* (pp. 58-78) Cambridge: Cambridge University Press.
- Lazarus, S. (1968). Emotions and adaptation: Conceptual and empirical relations. *Nebraska Symposium on Motivation*, 16, 175-266
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent Positive Affect: Does happiness Lead to success? *Psychological Bulletin*, 131 (6), 803-855.
- Lysaker, P., Roe, D., Yanos, P. (2007). Toward Understanding the Insight Paradox: Internalized Stigma Moderates the Association Between Insight and Social Functioning, Hope and Self-esteem Among People with Schizophrenia Spectrum Disorders. *Schizophrenia Bulletin* 33 (1), 192-199.
- Machado, R. (2008). Bem-estar Psicológico e Sentido de Coerência Interno na Velhice em Portugal. Dissertação de mestrado. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Meehl, P. (2001). Primary and Secondary hypohedonia. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 118-193.
- Mueser, K. T. & McGurk, S. R. (2004). Schizophrenia. *Lancet*, 363, 2063-72.
- Myin-Germeys, I., Delespaul, P. & deVries, M. (2000). Schizophrenia Patients Are More Emotionally Active Than Is Assumed Based on Their Behavior. *Schizophrenia bulletin*, 26 (4), 847-854.
- Myin-Germeys, I., Jim van Os, M., Schwartz, J., Stone, A. & Delespaul, P. (2001). Emotional Reactivity to Daily Life Stress in Psychosis. *Arch Gen Psychiatry*. 58, 1137-1144
- Myin-Germeys, M., Oorschot, M., Collip, D., Lataster, J., Delespaul, P., & van Os, J. (2009). Experience Sampling research in psychopathology: opening the black box of daily life. *Psychological Medicine*, 39, 1533-1547.
- Neto, F., Barros, J., Barros, A. (1990) Satisfação com a Vida. In L. Almeida, R. Santiago, P. Silva, O. Caetano, & J. Marques (Eds), *Ação educativa: análise psico-social* (pp. 105-117). Leiria: ESEL/APPORT
- Novo, R.F., Duarte-Silva, E. & Peralta, E. (1997). O bem-estar psicológico em adultos: Estudo das características psicométricas da versão portuguesa das escalas de C. Ryff. In M. Gonçalves, I. Ribeiro, S. Araújo, C. Machado, L.S. Almeida & M. Simões (Eds.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (vol. V, pp. 313-324). Braga: APPORT/SHO.
- Novo, R. F. (2005). Bem-estar e Psicologia: Conceitos e Propostas de Avaliação. *RIDEP*, 2, 183-203.
- Oatley, K. & Jenkins, J. (1996). *Understanding Emotions*. Cambridge: Blackwell Publishers
- Pervin, L. (1985). Personality: Current controversies, issues and directions. *Annual Review of Psychology*, 36, 83-114.
- Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with life Scale. *American psychologist*, 5 (2), 164-172
- Picchioni, M. & Murray, R. (2007). Schizophrenia. *British Medical Journal* 335 (7610), 91-95.



- Phillips, L. & Seidman, L. (2008). Emotion Processing in Persons at Risk for Schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 34, (5), 888-903.
- Pull, C. (2005). *Diagnóstico de esquizofrenia: uma revisão*. In M., Maj & N., Sartorius (Eds.). *Esquizofrenia* (pp. 13-70). Porto Alegre: Artmed.
- Rado, S. (1953). Dynamics and classification of disordered behavior. *American Journal of Psychiatry*, 110, 406-416.
- Reis, H. & Judd, C. (2000). *Handbook of Research Methods in Social and Personality Psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Reis, H. & Wheeler, L. (1991). *Self-Recording of Everyday Life Events: Origins, Types, and Uses*, 59, 339-354.
- Reys, T. H. & Gable, S. (2000). Event-sampling and other methods for studying everyday experience. In H. T. Reis & C. M. Judd (Eds.). *Handbook of research methods in social and personality psychology*, (pp. 190-198). Cambridge: Cambridge University Press.
- Russell, J. & Barrett, L. (1999) Core affect, prototypical emotional episodes, and other things called emotion: Review. *J. Pers. Soc. Psychol.*, 76, 805–819.
- Russel, J. (2003). Core affect and the Psychological Construction of emotion. *Psychological review*. 110 (1), 145-172
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: a Review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual rev. Psychology*, 141-66
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57 (6), 1069-1081.
- Ryff, C., & Essex, M. (1992). The interpretation of life experience and well-being: the sample case of relocation. *Psychology and Anging*, 7 (4), 507-517.
- Ryff, C., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and social psychology*, 69 (4), 719-727.
- Schachter, S. (1959). *The psychology off affiliation* Stamford: Stamford. University Press
- Scherer, K. (2004) “*Feelings integrate the central representation of Appraisal driven response organization in emotion*”. In A. Manstead, N. Fridja, & L. Fischer (Eds). *Feelings and emotions: the Amsterdam symposium*, (pp. 136-157). Cambridge: Cambridge University Press.
- Schneider, K. (1959). *Klinische Psychopathologie*. (5 ed). Stuttgart: Thieme
- Scollon, C., Kim-preto, C. & Diener, E. (2003). Experience sampling: promises and pitfalls, strengths and weaknesses. *Journal of happiness studies*, 4, 5-34
- Seligman, M. (2004). *Felicidade autêntica: usando a nova psicologia positiva para a realização permanente*. Rio de Janeiro: Objetiva
- Shirakawa, I. (2000). Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. *Revista de psiquiatria* 22 (1), 56-58.
- Silva, R. (2006). Esquizofrenia: Uma Revisão. *Psicologia USP*, 17 (4), 263-285.

- Stone, A., Schwartz, A., Neale, J., Shiffman, S., Marco, C., Paty, M., Porter, L., & Cruise, L. (1998). A comparison of coping Assessed by Ecological Momentary Assessment and Retrospective Recall. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, (6), 1670-1680.
- Strongman, T. K. (1996). *A Psicologia da Emoção (4ª edição)*. Lisboa: Climepsi Editores
- Suslow, T., Roestel, C., Ohrmann, P. & Arolt, V. (2003). The Experience of Basic Emotions in Schizophrenia With and Without Affective Negative Symptoms. *Comprehensive Psychiatry* 44, (4), 303-310.
- Tellegen, A., Watson, D., & Clark, L. A. (1999). On the dimensional and hierarchical structure of affect. *Psychological Science*, 10, 297-303.
- Tomkins, S. (1963). *Affect, Imagery, Consciousness- The Negative Affects*. New York: Springer
- Tsuang, M. & Faraone, S. (1997). *Schizophrenia: the facts (2<sup>nd</sup> edition)*. New York: Oxford University Press
- Uzenoff, S., Brewer, K., Perkins, D., Johnson, D., Mueser, K., & Penn, D. (2010). Psychological well-being among individuals with first-episode psychosis. *Early intervention in psychiatry*, 4, 174-181
- Vázquez, C., Hervás, G. & Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la Psicología Positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicologia conductal*, 14 (3), 401-432.
- Warr, Peter (1978). A Study of psychological well-being. *British journal of psychology*, 69, 11-121
- Watson, D., Clark, L. & Tellen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: the PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology* 54 (6), 1063-1070.
- Watson, J. (1929). *Psychology. From the standpoint of a behaviorist (3<sup>ed</sup>)*. Philadelphia: Lippincott.
- Wentland, J. (1993). *Survey responses: An evaluation of their validity*. San Diego, CA, US: Academic Press.
- Wolff, R., Seemuller, F., Obermeier, M., Messer, T., Laux, G. Pfeiffer, H., Naber, D., Schmidt, L.G., Gaebel, W., Klosterkotter, J., Heuser, I., Maier, W., Lemke, M. R., Ruther, E., Buchkremer, G., Gastpar, M., Jager, M. Moller, H. J., & Riedel, M. (2011). Response and remission of subjective well-being in patients suffering from schizophrenia spectrum disorders. *European Psychiatry*, 26, 284-292
- Wu, C. & Wu, C. (2007). Life satisfaction in persons with schizophrenia living in the community Validation of the Satisfaction with life Scale. *Social indicator research*, 85 (3) 447-460
- \*Wundt, W. (1998) *Lectures on human and animal psychology*. New York: Macmillan
- \*Young, P. (1961). *Motivation and Emotion*. New York: Wiley.

---

\*referências bibliográficas não consultadas diretamente